

احتفظ بهذا الكتيب مع سجلاتك الخاصة

طلب الإعانة

كتيب المعلومات

أهلاً وسهلاً بك إلى إدارة الخدمات الإنسانية (Department of Human Services: DHS) لولاية ميشيغان

لدينا برامج لمساعدتك أو مساعدة أفراد أهل بيتك (كل فرد يعيش في منزلك) أو لمساعدتكم جميعاً بالطعام والرعاية الطبية ورعاية الأطفال والمال والحالات الطارئة. كما يمكننا إعلامك عن البرامج والموارد الأخرى التي قد تساعدك في استيفاء احتياجاتك. نحن نتطلع إلى مساعدتك ومساعدة أهل بيتك.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في القراءة أو الكتابة أو السمع،... إلخ، فنرجو منك أن تعلمنا بذلك. وإذا كنت تتطلب إلى مترجم شفهي، فسنقوم بتقديم مترجم لك أو يمكنك إحضار أحد بنفسك.

الخطوات إلى تلقي الإعانة

- ١ - اقرأ هذا الكتيب واحتفظ به فإنه يخبرك عن برامجنا ويحتوي على معلومات مهمة. وعندما توقع على طلب الإعانة، فأنتك توافق على القواعد الموجودة في هذا الكتيب.
 - ٢ - أجب على الأسئلة في نموذج DHS. فنحن بحاجة إلى أجوبتك لكي نقرر على ضوئها ماهية الإعانة التي يجوز لك أن تتلقاها. يمكنك أن تقدم طلباً إلى جميع برامجنا أو بعض منها.
 - ٣ - أحضر طلب الإعانة أو أرسله بريدياً أو عبر جهاز الفاكس إلى مكتب DHS في المنطقة التي تعيش فيها. يمكنك أن تجد عنوان ورقم هاتف المكتب في المنطقة التي تعيش فيها في دليل الهاتف في قسم حكومة الولاية أو إلكترونياً على العنوان التالي: www.michigan.gov/dhs-countyoffices. كما يمكنك تقديم الطلبات لبعض برامج الإعانة إلكترونياً على العنوان التالي: www.michigan.gov/dhs.
 - ٤ - قد نحتاج إلى طلب مزيد من المعلومات (إثبات) بشأن بعض البرامج. وسنعلمك عن الأشياء التي سنحتاج إليها.
 - ٥ - سنرسل إليك رسالة بريدية نخبرك فيها إذا حظيت بالموافقة أو الرفض. عليك الاحتفاظ بهذه الرسالة. فأنتك تحتوي على معلومات مهمة بما فيه اسم ورقم الهاتف والبريد الإلكتروني للأخصائي المسؤول عنك في DHS.
- يحق لك التقديم للمساعدة اليوم. قد يؤثر تاريخ استلام DHS لطلب الإعانة أو نموذج الإيداع الخاص بك على تاريخ بدء صرف مخصصاتك. الاستثناء: إذا كنت تقدم طلباً لمخصصات دخل الضمان التكميلي (SSI) والإعانة الغذائية قبل أن يتم إخراجك من مؤسسة داخلية، فسيكون تاريخ الإيداع لمخصصاتك هو تاريخ خروجك من تلك المنشأة.
- إذا لم تستطع إنهاء طلب الإعانة بكامله اليوم، فيمكنك إما أن تملئ نموذج الإيداع (الموجود في نهاية هذا الكتيب أو إلكترونياً على العنوان التالي: www.michigan.gov/dhs-forms) أو يمكنك تقديم طلب إعانة ناقص. يجب أن يحتوي على: • اسمك • تاريخ ميلادك (غير مطلوب لبرنامج الإعانة الغذائية) • عنوانك (ما لم تكن متشرداً) • توقيعك أو توقيع ممثلك (شخص ما يقوم بإيداع الطلب عنك).

Department of Human Services (DHS) will not discriminate against any individual or group because of race, religion, age, national origin, color, height, weight, marital status, sex, sexual orientation, gender identity or expression, political beliefs or disability. If you need help with reading, writing, hearing, etc., under the Americans with Disabilities Act, you are invited to make your needs known to a DHS office in your area.

Department of Human Services (DHS) no discrimina contra ningún individuo o grupo a causa de su raza, religión, edad, origen nacional, color de piel, estatura, peso, estado matrimonial, sexo, orientación sexual, identidad de sexo o expresión, creencias políticas o incapacidad. Si usted necesita ayuda para leer, escribir, oír, etc., bajo la Acta de Americanos con Incapacidades, usted está invitado a hacer saber sus necesidades a una oficina de DHS en su área.

لن تميّز إدارة الخدمات الإنسانية (Department of Human Services: DHS) ضد أي شخص أو مجموعة بسبب العرق، أو الديانة، أو العمر، أو المنشأ الوطني، أو اللون، أو الطول، أو الوزن، أو الحالة الزوجية، أو الجنس، أو التوجه الجنسي، أو الهوية الجنسية التي يتصورها الشخص لنفسه أو التعبير الجنسية التي يعطيها الشخص عن نفسه، أو المعتقدات السياسية، أو الإعاقة والعجز. إن كنت تحتاج إلى مساعدة في القراءة والكتابة والسمع،... إلخ، ندعوك أن تجعل احتياجاتك معروفة لدى مكتب DHS في المنطقة التي تعيش فيها عملاً بقانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (Americans with Disabilities Act).

Local office address

عنوان المكتب المحلي

DHS specialist name, phone number and email address

اسم ورقم الهاتف وعنوان البريد الإلكتروني للأخصائي في DHS

يجب عليك قراءة كتيب المعلومات هذا قبل التوقيع على طلب الإعانة.

قرارات في أوانها

يجب علينا اتخاذ القرارات في أوانها للموافقة على طلبك للإعانة أو رفضه. فيما يلي المقاييس الزمنية لاتخاذ القرارات التي نتقيد بها بشأن كل برنامج:

رموز البرنامج	برامج DHS	المقاييس الزمنية
	الإعانة الغذائية	7 أيام
	• بصفة مستعجلة (معالجة الطلب في غضون سبعة أيام).....	30 يوم
	• برنامج الإعانة الغذائية.....	45 يوم
	الإعانة الطبية	90 يوم
	• مع قرار طبي بشأن الإعاقة.....	10 أيام
	• للنساء الحوامل.....	30 يوم
	• برنامج إعانة اللاجئين الطبي (RAPM).....	45 يوم
	نمو ورعاية الأطفال (Child Development and Care: CDC)	
	الإعانة النقدية	
	• برنامج استقلال العائلة.....	45 يوم
	• برنامج إعانة اللاجئين.....	30 يوم
	• إعانة الإعاقة من الولاية.....	60 يوم
	الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية.....	10 أيام

برنامج الإعانة الغذائية بصفة مستعجلة (المعالجة في غضون سبعة أيام)

قد يكون أهل بيتك مؤهلاً للمعالجة من خلال طلبك المتقدم لتلقي الإعانة الغذائية في غضون سبعة أيام في الحالات التالية:

- إذا كان دخلك الشهري الإجمالي أقل من ١٥٠ دولار و ١٠٠ دولار أو أقل في الأصول السائلة (نقود في اليد، الحسابات الجارية أو حسابات التوفير، شهادات التوفير)، أو
 - إذا كان مجموع دخلك الإجمالي وأصولك السائلة أقل من مجموع إيجارك الشهري أو قسط قرض الاستملاك العقاري زائد فاتورة التدفئة والمنافع العامة، أو
 - إذا كنت معدوم* الدخل أو أجير موسمي متنقل أو عامل مزارع موسمي ولديك ١٠٠ دولار أو أقل في الأصول السائلة.
- *المعدوم هو أن يكون دخلك قد توقف قبل تاريخ تقديم الطلب، أو أن دخلك قد بدأ ولكنك تتوقع أن لا تقيض أكثر من ٢٥ دولار في غضون الـ ١٠ أيام القادمة.

المقابلات المعنية ببرنامج الإعانة الغذائية (Food Assistance Program: FAP)

تُعد معظم المقابلات المعنية ببرنامج الإعانة الغذائية عبر الهاتف. ومع ذلك، يمكنك أن تطلب إجراء مقابلة شخصية معك. وإذا كنت تقدم طلباً إلى الإعانة المالية في الوقت نفسه الذي تقدم به طلباً للإعانة الغذائية، فيجوز أن يُحدد لك موعداً لإجراء مقابلة شخصية.

قد نتطلب إلى إثبات

يجوز أن نتطلب لبعض البرامج تقديم إثبات بالتالي:

- العمر أو الهوية الشخصية أو كلاهما
- وضع الهجرة
- المواطنة (الجنسية) الأمريكية
- بطاقة التأمين الطبي الجارية
- الانتساب في المدرسة لكل شخص في سن ١٦ إلى ١٨ سنة من العمر
- الدخل الذي بدأ أو توقف مؤخراً
- الأصول (نقود في اليد، الحسابات الجارية وحسابات التوفير، إتحاد الائتمان التعاوني ("كرديت يونيون")، ... إلخ).

وإذا كنت بحاجة إلى مساعدة في الاستحصال على الإثبات، فأطلب ذلك من الأخصائي المسؤول عنك في DHS.

ستتطلب DHS بالنسبة لمعظم البرامج إثباتاً بدخل أهل بيتك. وإذا كان لديك الإثبات، فأرسله أو أحضره مع طلب الإعانة الخاص بك. بعض الطرق لإثبات الدخل هي كما يلي:

- كعوب شيكات دفع الأجور إيصالات إعالة الأطفال
- رسالة منح من مصلحة الضمان الاجتماعي
- سجلات الدخل والمصاريف الخاصة بالأعمال الحرة (العمل لحسابك)

وإذا كنا نحتاج إلى إثبات، فسنرسل لك قائمة بالأشياء التي نحتاج إليها.

جدول المحتويات

البرامج

- ٤ برنامج الإعانة الغذائية (Food Assistance Program: FAP)
- ٤ البرنامج الطبي للبالغين (Adult Medical Program: AMP)
- ٤ برنامج الاستشفاء لسكان المقاطعة (Resident County Hospitalization: RCH)
- ٥ الإعانة الطبية (Medical Assistance: MA)
- ٦ نمو ورعاية الأطفال (Child Development and Care: CDC)
- ٦ برنامج استقلال العائلة (Family Independence Program: FIP) / برنامج إعانة اللاجئين
- ٧ (Refugee Assistance Program: RAP)
- ٧ إعانة الإعاقة من الولاية (State Disability Assistance: SDA)
- ٨ الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية (State Emergency Relief: SER)
- ٩ خدمات إعالة الأطفال (Child Support Services)
- ٩ **Early On®**
- ١٠ برنامج إعانة ذوي الدخل المنخفض في مصاريف الطاقة المنزلية (Low Income Home Energy Assistance Program: LIHEAP)
- ١٠ - حسم التدفئة المنزلية (Home Heating Credit: HHC)
- ١٠ - برنامج الإعانة لحماية المنازل من العوامل الجوية وتخفيض استهلاك الطاقة (Weatherization Assistance Program: WAP)

الأشياء التي يجب عليك عملها

- ١٠ إعطاء معلومات صحيحة والتبليغ عن التغييرات (لكافة البرامج)
- ١١ تسديد المخصصات الزائدة (لكافة البرامج)
- ١١ إعطاء أرقام الضمان الاجتماعي (لمعظم البرامج)
- ١١ السعي للحصول على مخصصات أخرى (لمعظم البرامج)
- ١١ تحصين الأطفال دون سن السادسة – تلحقوا (برنامج استقلال العائلة – FIP)
- ١٢ إجراءات إعالة الأطفال (لمعظم البرامج)
- ١٢ التقيد بقواعد العمل والعقوبات (برنامج استقلال العائلة (FIP) أو برنامج إعانة اللاجئين (RAP)، وبرنامج الإعانة الغذائية (FAP))
- ١٣ إرجاء قواعد العمل والمبرر الوجيه (برنامج استقلال العائلة (FIP) أو برنامج إعانة اللاجئين (RAP) وبرنامج الإعانة الغذائية (FAP))

أشياء مهمة لمعرفتها

- عقوبات مخالفة البرنامج عن عمد أو الاحتيال (برنامج الإعانة الغذائية (FAP)، برنامج استقلال العائلة (FIP)،
- ١٤ إعانة الإعاقة من الولاية (SDA)، نمو ورعاية الأطفال (CDC))
- ١٥ الحقوق في جلسات الاستماع
- ١٥ إذا كنت تظن أننا قمنا بالتمييز ضدك
- ١٥ العرق والإثنية
- ١٥ فيما يتعلق بالمواطنين وغير المواطنين
- ١٦ الأشخاص ذوي الإعاقة
- ١٦ العنف العائلي
- ١٦ إذا كنت تتلقى مخصصات عشائرية
- ١٦ بطاقة "بريدج" (Bridge Card)

اتفاقيات التسديد

- ١٧ استرداد التكاليف الطبية (الإعانة الطبية (MA)، البرنامج الطبي للبالغين (AMP))
- ١٧ الاسترداد من التركة (الإعانة الطبية للرعاية المديدة (MA-LTC))
- ١٧ المبالغ المدفوعة دفعة واحدة والمخصصات المتراكمة (فيما يتعلق ببرنامج إعانة الإعاقة من الولاية (SDA) وبرنامج استقلال العائلة الممول من الولاية (FIP))

المعلومات التي سيتم مشاركتها مع الغير عن أهل بيتك

- ١٨ المعلومات التي ستحصل عليها DHS من الآخرين
- ١٨ المعلومات التي ستعطيها DHS إلى الآخرين
- ١٨ تنسيق الرعاية الصحية

مراجع المواقع الإلكترونية

المنشورات

نموذج الإيداع

يجب عليك قراءة كتيب المعلومات هذا قبل التوقيع على طلب الإعانة.

البرامج



برنامج الإعانة الغذائية (Food Assistance Program: FAP)

- بعض تكاليف السكن والمنافع العامة.
- بعض تكاليف رعاية الأطفال وتكاليف رعاية الأشخاص ذوي إعاقة.
- إعالة الطفل المأمور دفعها بأمر من المحكمة إلى فرد ليس من أهل البيت.

أفهم أنّ عدم التبليغ عن أيّ من المصاريف المدرجة أو تقديم إثباتات بها سيُنظر إليه كأعلان مني بأنّي لا أريد أن أتلقّى اقتطاعاً لأيّ مصاريف لم أبلغ عنها أو أقدم إثباتاً بها. يجب استلام الإثباتات في غضون ١٠ أيام.

إذا كانت تكلفة التدفئة مشمولة في قسط إيجارك، وكنت تتلقّى مخصص حسم التدفئة المنزلية (Home Heating Credit) أو تتوقع أن تتلقاها، فيجب عليك أن تخبرنا ذلك في طلب الإعانة الخاص بك. وإذا لم تقم بإخبارنا عن ذلك الحسم، فسنفترض بأنك لا تريد أن تتلقّى اقتطاعاً لقاء مصاريف التدفئة.

متطلبات البرنامج:

- تقيد بقواعد العمل والعقوبات – راجع الصفحة ١٢ و١٣.
- خدمات إعالة الأطفال – راجع الصفحة ٩.
- إجراءات إعالة الأطفال – راجع الصفحة ١٢.

يقدم برنامج الإعانة الغذائية (FAP) المخصصات التي يمكن استخدامها لشراء المواد الغذائية لأهل بيتك (بما في ذلك شراء البذور والنباتات لزرعها كطعام لك). ويمكن أن يتلقى الأشخاص من جميع الأعمار مخصصات هذا البرنامج.

قد تكون مؤهلاً لتلقي مخصصات برنامج الإعانة الغذائية (FAP) إذا كنت إما:

- بدخل منخفض أو بدون دخل
- بأصول منخفضة أو بدون أصول

الدخل

تستند الأهلية وقيمة المخصصات لبرنامج الإعانة الغذائية (FAP) على دخل أهل بيتك وعدد أشخاص أهل بيتك في مجموعة FAP التابعة لك. عندما ننظر إلى دخلك، نقوم بعمل بعض الاقتطاعات ونأخذ بعين الاعتبار المصاريف المسموح بها (راجع أدناه)

الاقتطاعات من الدخل المحسوب:

- ٢٠ بالمائة من الدخل المكتسب، و
- اقتطاع قياسي يستند على عدد الأشخاص في مجموعة أهل بيتك المشتركة في البرنامج.

المصاريف المسموحة:

- المصاريف الطبية فوق الـ ٣٥ دولار كل شهر التي لا يقوم طرف ثالث بدفعها (للأشخاص في سن الـ ٦٠ أو أكبر سنّاً من ذلك، أو جندي قديم ذو إعاقة أو شخص ذو إعاقة).



البرنامج الطبي للبالغين (Adult Medical Program: AMP)

الانتساب محدود. تقتصر من عدد الأشخاص الذين يمكنهم تلقي مخصصات البرنامج الطبي للبالغين (AMP) في ميشيغان. وعند الوصول إلى الحد الأقصى للمنتسبين في البرنامج، يجب علينا أن نرفض طلبك حتى ولو كنت تستوفي قواعد الأهلية.

يساعد البرنامج الطبي للبالغين (AMP) على دفع تكاليف الرعاية الطبية الأساسية للبالغين ذوي الدخل المنخفض. قد تكون خدمات إضافية متاحة عبر الخطة الصحية التي تقدمها المقاطعة.

قد تكون مؤهلاً للبرنامج الطبي للبالغين (AMP) إذا كنت غير مؤهل لبرنامج المديكيد وكان لديك:

- أصول نقدية بقيمة ٣٠٠٠ دولار أو أقل، و
- دخل منخفض.



برنامج الاستشفاء لسكان المقاطعة (Resident County Hospitalization: RCH)

- لم تكن مؤهلاً لتلقي المديكيد، و
- ليس لديك تأمين آخر لدفع رعاية الاستشفاء كمرضى داخلي في المستشفى.

لدى كل مقاطعة قواعد الأهلية المالية الخاصة بها.

لمزيد من المعلومات، يجب الاتصال بمكتب DHS في المنطقة التي تعيش فيها.

يساعد برنامج الاستشفاء لسكان المقاطعة (RCH) الأفراد ذوي الدخل المنخفض الذين لا يستطيعون دفع تكاليف الرعاية الطبية أثناء بقائهم في المستشفى لليلة واحدة.

قد تكون مؤهلاً لبرنامج الاستشفاء لسكان المقاطعة (RCH) إذا كنت:

- من ذوي الدخل المنخفض، و

يجب عليك قراءة كتيب المعلومات هذا قبل التوقيع على طلب الإعانة.



الإعانة الطبية (Medical Assistance: MA)

إذا كنت مقدماً للإعانة الطبية (MA)، التي تُعرف أيضاً باسم المديكيد (Medicaid)، فيجب علينا أن نعطيك نشرة بعنوان تغطية الرعاية الصحية التي تقدمها المديكيد (Medicaid Healthcare Coverage) التي تحتوي على معلومات كاملة بشكل أكثر. وإذا لم تعط هذه النشرة، فعليك الاتصال بمكتب DHS في منطقتك.

أحرص على أن تعطي مقدمي الرعاية الطبية نسخة عن بطاقة mihealth الخاصة بك بمجرد أن تستلمها. فهذه المعلومات مطلوبة لإرسال فاتورة إلى المديكيد لقاء الخدمات التي تلقيتها المشمولة تغطيتها. يجب على مقدمي الرعاية الطبية الذين تتعامل معهم إرسال فواتيرهم إلى المديكيد في غضون ١٢ شهراً من التاريخ الذي تتلقى فيه خدماتهم، حتى ولو قمت بإعطاء الفاتورة إلى DHS.

إذا فات على مقدمي الرعاية الطبية تقديم فاتورة ما ضمن مهلة الـ ١٢ شهراً، فيجوز أن لا يتم دفع الفاتورة، ما لم يكن التأخير بسبب طلبك لعقد جلسة استماع من أجل الحصول على الإعانة الطبية (MA). والجدير بالذكر، أن DHS هي المسؤولة عن تحديد أهليتك إلا أن إدارة الصحة المجتمعية لولاية ميشيغان (Michigan Department of Community Health: MDCH) هي المسؤولة عن دفع الخدمات التي يغطيها المديكيد. قد تقوم MDCH بردّ أي مبلغ دفعته لقاء خدمة تغطيتها الإعانة الطبية (MA) حصلت في الفترة الواقعة بين تاريخ استلام DHS طلبك لعقد جلسة استماع بعد إصدار قرار رفض غير صحيح بحقك بشأن الإعانة الطبية وتاريخ الموافقة على الإعانة الطبية نتيجة جلسة الاستماع التي طلبت عقدها.

المساعدة للأشهر الماضية. قد نوافق على إعطائك الإعانة الطبية (MA) إلى مدة تصل إلى ثلاثة أشهر قبل الشهر الذي قدمت فيه طلبك. وإذا قمنا بذلك، فأطلب من مقدمي الرعاية الطبية الذين تتعامل معهم أن يرسلوا فواتيرهم إلى المديكيد بشأن الخدمات التي تلقيتها قبل موافقتنا على طلبك. وإذا قمت بدفع تكاليف تلك الخدمات قبل الموافقة على طلبك، فأطلب من مقدمي الرعاية الصحية الذين تتعامل معهم أن يعيدوا إليك المبالغ التي دفعتها لهم وأن يرسلوا فواتيرهم بهذا الشأن إلى المديكيد. لا يقتضي على مقدمي الرعاية الصحية إعادة المبالغ التي دفعتها إليك، ولكن سيقوم بعضهم بعمل ذلك. يجب على مقدم الرعاية الصحية أن يرسل الفاتورة إلى المديكيد حتى ولو قمت بإعطاء الفاتورة إلى DHS.

متطلبات البرنامج:

- خدمات إعالة الأطفال – راجع الصفحة ٩.
 - إجراءات إعالة الأطفال – راجع الصفحة ١٢.
- أنماط الحياة الصحية.** نريد من جميع العملاء المشتركين في برنامج الإعانة الطبية (MA) أن يعيشوا أنماط حياة صحية. حضور كافة المواعيد الطبية، والقيام بالتمارين الرياضية بانتظام، وعدم التدخين أو تعاطي المخدرات الممنوعة، والمواظبة على تلقيح الأطفال حسب المواعيد المحددة لأعمارهم.

لمزيد من المعلومات عن العيش في نمط حياة صحي، يمكنك زيارة الموقع الإلكتروني لإدارة الصحة المجتمعية لولاية ميشيغان (Michigan Department of Community Health: MDCH) على العنوان التالي: www.michiganstepsup.org أو الاتصال بأحد الأرقام الهاتفية التالية:

- 1-877-422-4244 – عادات ونصائح الأكل بطريقة صحية.
- 1-877-422-4244 كتيب مجاني بعنوان Make Health Your Choice (اجعل الصحة خيارك).
- 1-800-480-7848 - الإقلاع عن التدخين.

لدينا برامج إعانة طبية (MA) كثيرة للأطفال والعائلات والبالغين. هدفنا أن نجعل خدمات الرعاية الصحية الأساسية، بما في ذلك أقساط تأمين المديكيد (Medicare)، متاحة لكل من لا يستطيع أن يدفع تكاليفها. وتختلف قواعد الأصول والدخل حسب متطلبات مجموعات وبرامج الإعانة الطبية (MA) المتنوعة.

وإذا كان لديك تأمين صحي آخر أو تغطية صحية أخرى، فقد تكون مؤهلاً لها بالرغم من ذلك. ولكن يجب على مقدمي الرعاية الطبية (الأطباء والمستشفيات،... إلخ) إرسال فواتيرهم إلى ذلك التأمين أولاً. قد تكون مؤهلاً للإعانة الطبية (MA) عندما تكون:

- من متلقي مخصصات دخل الضمان التكميلي (Supplemental Security Income: SSI).
- مؤهلاً مالياً، وأن تكون:
 - دون الـ ٢١ سنة من العمر.
 - ٦٥ سنة من العمر أو أكبر سناً من ذلك.
 - حامل.
 - كفيفاً أو معاقاً.
 - أحد الوالدين أو قريب تمت بقرابة وثيقة وتعيش مع طفله وتقوم بمقام الوالد لذلك الطفل.

تُحسب الأصول لبعض البرامج. يمكن لكثير من الأطفال والنساء الحوامل الحصول على الإعانة الطبية (MA) دون وضع حدود على الأصول.

بالنسبة للأشخاص في سن الـ ١٩ وما فوق (باستثناء النساء الحوامل)، يجب أن تكون أصولك أقل من الحد ليوم واحد على الأقل في الشهر الذي تطلب فيه المساعدة الطبية. ويجب عليك أن تقدم إثباتاً بأصولك. وإذا تجاوزت الحد الأقصى للأصول، فقد تكون قادراً على الحصول على مساعدة إذا قمت باستخدام القيمة الزائدة عن الحد المطلوب للأصول في دفع الفواتير. قد نطلب منك إثباتاً لنرى كيف تصرفت بالقيمة الزائدة عن الحد المطلوب للأصول.

الدخل. لدى كل برنامج من برامج المديكيد حدود دخل معينة للاشتراك به. حيث تعتمد الحدود على طبيعة البرنامج، ومن يعيش معك وأين تعيش. إذا كان دخلك فوق الحد:

- لا يزال يمكنك أن تحصل على المساعدة إذا قمت بتقديم إثبات بمصاريفك الطبية إلينا.
- قد نقوم بإعطائك الإعانة الطبية (MA) مع اقتطاع ("ديدكتيل").

لدفع فواتيرك الطبية. اختر مقدم رعاية يقبل المديكيد (Medicaid) – والجدير بالذكر أن ليس كل مقدم خدمة يقبل تأمين المديكيد. وإذا كنت مقدم طلباً للإعانة الطبية (MA)، فأحرص على إعلام مقدمي الخدمات الطبية الذين تتعامل معهم (الأطباء، المستشفى، الصيدلية،... إلخ) بذلك قبل أن تحصل على أي خدمات طبية منهم.

وإذا كنت مؤهلاً لتلقي المساعدة، فسيُرسل لك بطاقة mihealth. سيحصل كل شخص مؤهل في عائلتك على بطاقة خاصة بهم. لا ترمي هذه البطاقة في سلة المهملات. وفي حال ضياع أو سرقة أو تلف بطاقة mihealth الخاصة بك، فعليك الاتصال برقم الهاتف: 1-800-642-3195.

يجب عليك قراءة كتيب المعلومات هذا قبل التوقيع على طلب الإعانة.



برنامج نمو ورعاية الأطفال (Child Development and Care: CDC)

وبرنامج استقلال العائلة المطول (EFIP) ودخل الضمان التكميلي (SSI)، وآباء وأمهات الرعاية البديلة "فoster كير" المرخص لهم، والعائلات التي تتلقى خدمات الوقاية وحماية الأطفال مؤهلين بدون تحديد الدخل. وتستند الأهلية لكافة العائلات الأخرى على الدخل الإجمالي الشهري. يجب استخدام الجدول أدناه لتحصل على فكرة إذا كنت مؤهلاً للبرنامج.

الدخل الإجمالي الشهري	حجم مجموعة العائلة
١٦٠٧-٠ دولار	٢ أو ١
١٩٩٠-٠ دولار	٣
٢٣٦٧-٠ دولار	٤
٢٧٤٦-٠ دولار	٥
٣١٢٣-٠ دولار	٦
٣٥٠٠-٠ دولار	٧
٣٨٧٧-٠ دولار	٨
٤٢٥٤-٠ دولار	٩
٤٦٣٤-٠ دولار	+١٠

ما الأشياء التي تدفعها DHS؟

تستند الأسعار التي تدفعها DHS لقاء خدمة رعاية الأطفال على نوع مقدم الخدمة الذي تختاره، وعمر الطفل وتدريب مقدم الخدمة إذا لم يكن مقدم رعاية أطفال مرخصاً له. الأسعار الجارية متوفرة إلكترونياً على الموقع التالي: www.michigan.gov/childcare.

إذا كنت مؤهلاً لأنك عائلة ذي دخل منخفض، فسندفع ٧٠٪ إلى ١٠٠٪ من تكاليف رعاية الأطفال إلى حد سعر DHS. وتعتمد النسبة المئوية على دخلك الإجمالي الشهري وأهليتك.

إنك مسؤول عن أي تكاليف لرعاية الأطفال لا تقوم DHS بدفعها.

متطلبات البرنامج:

- خدمات إعالة الأطفال – راجع الصفحة ٩.
- إجراءات إعالة الأطفال – راجع الصفحة ١٢.

الموارد:

يمكن الحصول على مزيد من المعلومات عن برنامج نمو ورعاية الأطفال (CDC) إلكترونياً على الموقع التالي:

www.michigan.gov/childcare

• إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لإيجاد مقدم رعاية أطفال مؤهل، يجب الاتصال هاتفياً بمركز الموارد الإقليمي لرعاية الأطفال التابع للبداية العظيمة (Great Start Regional Child Care Re-source Center) على الرقم 1-877-614-7328 أو إلكترونياً على الموقع التالي: www.greatstartconnect.com.

يساعد برنامج نمو ورعاية الأطفال (CDC) في دفع تكاليف خدمة رعاية الأطفال.

وقد تكون مؤهلاً لهذا البرنامج إذا كنت:

- عائلة ذي دخل منخفض.
- والد(ة) بالرعاية البديلة (Foster Parent) مجاز يطلب خدمة رعاية الأطفال لأطفال في الرعاية البديلة "فoster كير".
- أحد الأفراد المشتركين في خطة علاجية لحالة تتضمن خدمات الحماية من قبل DHS.
- من متلقي مخصصات برنامج استقلال العائلة (FIP) أو برنامج استقلال العائلة المطول (EFIP) أو دخل الضمان التكميلي (SSI).
- طالب إعانة من برنامج استقلال العائلة (FIP) وتقوم بنشاط عمل مفروض عليك الاشتراك به في أحد أنشطة برامج العمل.

يجب أن يكون لديك ضرورة لاستخدام خدمات رعاية الأطفال لأسباب:

- العمل.
- فصول إكمال الدراسة الثانوية (بما في ذلك دبلوم الكفاءة العامة، والتعليم الأساسي للبالغين وتعليم اللغة الإنجليزية كلغة ثانية).
- التعليم أو التدريب المعتمد.
- أنشطة علاجية معتمدة لحالة صحية أو اجتماعية.

يجب أن تكون خدمة رعاية الأطفال مقدمة في ولاية ميشيغان من قبل:

- مركز رعاية أطفال مرخص له.
- دار جماعي لرعاية الأطفال مرخص له.
- دار عائلي لرعاية الأطفال مسجل.
- مقدم رعاية الأطفال غير مرخص له ومسجل* لدى DHS وأكمل برنامج Great Start to Quality Orientation (بداية عظيمة لتوجيه ذو جودة) ويقدم الرعاية في منزل الطفل أو في منزله أو منزلها وأن يمت بقراءة الدم أو الزواج أو التبني إلى الطفل الذي يحتاج خدمة الرعاية، مثل الجد أو الجدة أو أبو الجد أو أم الجدة، أو العممة أو الخالة / أبو العممة أو الخالة، أو العم أو الخال / أبو العم أو الخال، أو أحد الأخوة والأخوات ويجب أن لا يعيش ذلك القريب في نفس المنزل الذي يعيش فيه الطفل.

* الانتساب غير مسموح به إذا كان مقدم الخدمة أو كان أي فرد بالغ من أهل البيت في عمر ١٨ سنة أو أكبر سناً ممن يعيش مع مقدم الخدمة:

- مداناً بارتكاب جرائم معينة.
- اسمه أو اسمها مسجل في السجل المركزي المعني بسوء معاملة الأطفال أو إهمالهم.

مقدار المال الذي يمكنك أن تكسبه وتبقى في الوقت نفسه مؤهلاً للبرنامج

يكون كل من متلقي المخصصات من برنامج استقلال العائلة (FIP)

يجب عليك قراءة كتيب المعلومات هذا قبل التوقيع على طلب الإعانة.



برنامج استقلال العائلة (Family Independence Program: FIP) برنامج إعالة اللاجئين (Refugee Assistance Program: RAP)

قد تكون مؤهلاً لبرنامج إعالة اللاجئين (RAP) إذا كنت:

- لاجئاً (أو أحد ما يُعامل كلاجئ) كما تحدده الوكالة الأمريكية لخدمات المواطنة والهجرة (United States Citizenship and Immigration Services: USCIS).
- في غضون ثمانية أشهر من تاريخ الدخول إلى الولايات المتحدة، و
- غير مؤهل لبرنامج استقلال العائلة (FIP).
- يستند قدر منحة برنامج استقلال العائلة (FIP) أو برنامج إعالة اللاجئين (RAP) على التالي:
- عدد الأشخاص في مجموعة أهل بيتك.
- مصاريف إعالة الطفل المأمور دفعها بأمر من المحكمة التي يقوم أهل بيتك بدفعها.
- مجموع الدخل.

دفعات إعالة الأطفال. ستحتفظ الولاية بدفعة الإعالة الجارية التي تقوم بتحصيلها عنك، بموجب أمر الإعالة الصادر لك، في كل شهر تكون فيه مشتركاً ببرنامج استقلال العائلة (FIP). وإذا حصلت على دفعة إعالة في شهر ما أثناء حصولك على مخصصات برنامج استقلال العائلة (FIP)، فيجب عليك التبليغ عنها إلى مكتب DHS المحلي التابع له، في المنطقة التي تعيش فيها، ويجوز أن يتطلب منك إعطاء الدفعة إلى DHS. وإذا كان مبلغ الإعالة الذي تقوم بتحصيله أكثر من منحة برنامج استقلال العائلة (FIP) الخاصة بك لشهرين على الأقل، فقد نغلق ملف حالتك في برنامج استقلال العائلة (FIP) لكي يمكنك الحصول على دفعات إعالة الطفل بشكل مباشر.

متطلبات البرنامج:

- **تقييد بقواعد العمل والعقوبات** – راجع الصفحة ١٢ و١٣.
- **خدمات إعالة الأطفال** – راجع الصفحة ٩.
- **إجراءات إعالة الأطفال** – راجع الصفحة ١٢.
- **تحصين الأطفال دون سن السادسة** – تلقوا (برنامج استقلال العائلة – FIP) – راجع الصفحة ١١.

إن الهدف الرئيسي لبرامج الإعالة النقدية هو مساعدة العائلات لتصبح مكتفية بذاتها ومستقلة.

- **برنامج استقلال العائلة (FIP)** هو برنامج إعالة نقدية مؤقتة للعائلات ذات الدخل المنخفض ولديها أطفال قاصرين.
- **برنامج إعالة اللاجئين (RAP)** هو برنامج إعالة نقدية مؤقتة للأشخاص الذين أدخلوا مؤخراً إلى الولايات المتحدة كلاجئين.
- لكي تكون مؤهلاً لبرنامج استقلال العائلة (FIP) أو برنامج إعالة اللاجئين (RAP)، يجب أن يكون لديك:
- دخل منخفض، و
- أصول نقدية أقل من ٣٠٠٠ دولار والأصول العقارية أقل من ٥٠٠,٠٠٠ دولار.

قد تكون مؤهلاً لبرنامج استقلال العائلة (FIP) إذا كنت لا تتلقى مخصصات نقدية من ولاية أخرى وأنت إما:

- حامل.
- أحد الوالدين، أو وليّ أمر، أو قريب (ة) تقوم بمقام والد(ة) لطفل دون سن الـ ١٨ (أو طالب في المرحلة الثانوية في سن الـ ١٨ سنة). يجب أن يداوم الأولاد الذين تتراوح أعمارهم بين ١٦ و ١٨ سنة دراستهم في المدرسة دواماً كاملاً.

حد الـ ٤٨ شهراً على مدى الحياة:

لا يمكنك أن تتلقى مخصصات برنامج استقلال العائلة (FIP) لأكثر من ٤٨ شهراً على مدى حياتك ما لم تكن مؤهلاً لشهر استثنائي. وهذا يتضمن أي إعانة نقدية قد تلقيتها في ولاية أخرى.

ممنوع استخدام مخصصات برنامج استقلال العائلة (FIP) أو مخصصات برنامج إعالة اللاجئين (RAP) لشراء أوراق اليانصيب أو الكحول أو التبغ والتنباك أو استعمالها لأغراض المقامرة أو الأنشطة غير الشرعية أو "الترفيه الجنسي" أو لأشياء غير أساسية.



إعانة الإعاقة من الولاية (State Disability Assistance: SDA)

- تقدم إعانة الإعاقة من الولاية (SDA) الإعانة النقدية لاستيفاء الاحتياجات الأساسية لشخص يعاني من إعاقة، أو لشخص يعتني بشخص آخر يعاني من إعاقة، أو أشخاص يعيشون في إطار معيشي لذوي الاحتياجات الخاصة.
- ممنوع استخدام مخصصات إعانة الإعاقة من الولاية (SDA) لشراء أوراق اليانصيب أو الكحول أو التبغ والتبناك أو استعمالها لأغراض المقامرة أو الأنشطة غير الشرعية أو "الترفيه الجنسي" أو لأشياء غير أساسية.
- ويعتبر الشخص معاقاً إذا كان واحداً من التالي:
 - ٦٥ سنة من العمر أو أكبر سناً من ذلك.
 - غير قادر على العمل لمدة ٩٠ يوماً أو أكثر بسبب حالة طبية.
- يتلقى حالياً مخصصات دخل الضمان التكميلي (SSI) أو الإعاقة من الضمان الاجتماعي (Social Security Disability).
- يتلقى حالياً الإعانة الطبية على أساس إعاقة أو عمى.
- يتلقى في الوقت الحاضر خدمات تعليمية لذوي الاحتياجات الخاصة.
- يتلقى حالياً خدمات إعادة التأهيل من وكالة خدمات إعادة التأهيل لولاية ميشيغان (Michigan Rehabilitation Services).
- تمّ التشخيص بالإصابة بمرض الأيدز (AIDS).
- يعيش حالياً في دار الرعاية البديلة "فoster كير" للبالغين، أو دار للمسنين، أو مستوصف المقاطعة (County Infirmary)، أو مركز معالجة سوء استخدام المواد المخدرة.
- قد تكون مؤهلاً لإعانة الإعاقة من الولاية (SDA) إذا كنت غير مؤهل لبرنامج استقلال العائلة (FIP) وكنت واحداً من التالي:
 - ٦٥ سنة من العمر أو أكبر سناً من ذلك.
 - معاقاً إعاقة دائمة أو مؤقتة.
 - تعتني بشخص آخر يُعاني من إعاقة ويعيش معك.
- **و لديك:**
 - أصول نقدية أقل من ٣٠٠٠٠ دولار وأصول عقارية أقل من ٥٠٠,٠٠٠ دولار و
 - دخل منخفض (حدود مختلفة للأشخاص العزّب والمتزوجين).



الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية (State Emergency Relief: SER)

- يقدم برنامج الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية (SER) مساعدة محدودة إلى أهالي البيت ذوي الدخل المنخفض الذين يعانون من حالة طارئة. حيث يساعد هذا البرنامج على منع إلحاق الأذى الخطير إلى الأفراد والعائلات الذين يعانون من حالة طارئة قد تهدد صحتهم أو سلامتهم.
- قد تكون مؤهلاً لبرنامج الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية (SER) إذا:
 - كان لديك دخل منخفض وأصول محدودة.
 - للحصول على مساعدة في دفعات أقساط دفع الإيجار أو البيت، يجب عليك أن تبين أن لديك دخلاً كافياً لدفع تكاليف سكنك في المستقبل.
 - لقد قمت بدفع دفعات معينة مفروضة على المأوى الخاص بك وفواتير التدفئة والكهرباء و/أو المنافع العامة.
 - المبلغ الذي تحتاج إليه ضمن حدودنا.
- تتضمن الخدمات المشمولة:
 - دفعات تكاليف السكن المؤقت من أجل تجنب حالات التشرد أو القضاء عليها*.
 - دفعات القرض العقاري والتأمين و/أو الضريبة العقارية من أجل توقيف المصادرة أو حبس الرهن العقاري أو بيع الممتلك العقاري لعدم دفع الضريبة*.
 - إجراء تصليحات منزلية بشكل محدود.
 - فواتير التدفئة والكهرباء والمنافع العامة المنزلية.
 - تكاليف الدفن.
- *تعمل DHS مع مؤسسة Salvation Army (جيش الخلاص) من أجل تقديم مأوى للحالات الطارئة في أرجاء الولاية.
- يعتمد مبلغ المساعدة الذي قد تتلقاه على عدد الأشخاص في أهل بيتك، والدخل، والأصول، وأنواع الخدمة المطلوبة وعوامل أخرى.

خدمات إعالة الأطفال (Child Support Services)

لا يتطلب منك أن تتلقى المساعدة من DHS لتقدم طلباً إلى خدمات إعالة الأطفال.

لتقديم طلب إلى هذه الخدمات، قم بملء طلب / إعالة خدمات إعالة الأطفال بموجب الجزء D من الباب الرابع (DHS-1201):

- يمكنك طباعة نموذج DHS-1201 من الموقع الإلكتروني العام لـ DHS على العنوان التالي www.michigan.gov/dhs-forms
- اتصل هاتفياً بالمكتب المعني بشؤون إعالة الأطفال (OCS) على الرقم **1-866-661-0005** أو **1-866-540-0008**
- أرسل طلباً خطياً إلى العنوان التالي:

**Office of Child Support
Central Functions Unit
PO Box 30744
Lansing, MI 48909**

أرجع طلب DHS-1201 بعد ملئه بشكل كامل إلى مكتب DHS في المنطقة التي تعيش فيها، أو إلى المكتب المحلي للمدعي العام أو مكتب أصدقاء المحكمة أو إلى العنوان المبين أعلاه.

المكتب المعني بشؤون إعالة الأطفال (Office of Child Support: OCS) هو جزء من DHS ومسؤول عن برنامج إعالة الأطفال في ولاية ميشيغان. يعمل المكتب المعني بشؤون إعالة الأطفال (OCS) مع محامي الإيداع المعين من مكتب المقاطعة (Prosecuting Attorney: PA) وأصدقاء المحكمة (Friend of the Court: FOC) ووكالات الولايات الأخرى. وهدف المكتب هو الضمان بأن الأطفال معالين من آبائهم. قد تتضمن إعالة الأطفال التالي:

- النقود اللازمة للحياة اليومية.
- مخصصات صحية و/أو تعليمية.
- دفع تكاليف خدمة رعاية الأطفال.

يمكن أن يساعدك أخصائي الإعالة بالمكتب المعني بشؤون إعالة الأطفال (OCS) في الشؤون التالية:

- العثور على والد(ة) الطفل الغائب(ة) أو على الوالدين الغائبين.
- السعي لإثبات هوية الأب الشرعي للطفل بواسطة:
 - أوراق الإعلان الطوعي للأبوة.
 - دعوى قضائية لإثبات الأبوة.
- السعي لإصدار أمر إعالة الطفل.

تكون خدمات إعالة الطفل متوفرة إذا:

- كان الطفل يعيش في منزلك حيث لا يعيش أحد أو كلا أبوي الطفل هناك.
- كنت تتلقى خدمات رعاية الأطفال، أو الإعانة الغذائية أو النقدية أو الطبية من DHS.

Early On®

يمكن أن تتضمن خدمات **Early On** التالي: • خدمات تقييمية • السمعيات • خدمات تشخيصية طبية • التعرف المبكر • تدريب العائلة على المهارات • خدمات صحية • زيارات منزلية • خدمات ترميضية • إرشادات غذائية • العلاج الوظيفي • باثولوجيا • خدمات نفسية • كشف صحي • تنسيق الخدمة • خدمات العمل الاجتماعي • معدات وأجهزة لذوي الاحتياجات الخاصة • تدريس لذوي الاحتياجات الخاصة • النطق • النقل • الإرشاد (عائلي، جماعي، فردي). • خدمات بصرية

ينسق برنامج **Early On** الخدمات للعائلات اللواتي لديهن طفلاً في سن يتراوح من الولادة إلى الثالثة من العمر ويعاني من إعاقة أو تأخر نمائي أو حالة طبية ذات الصلة.

لتتبعين إذا كان طفلك مؤهلاً لهذا البرنامج، يجب الاتصال بـ **Early On** هاتفياً على الرقم **1-800-EarlyOn (327-5966)** أو إلكترونياً على العنوان التالي: www.1800earlyon.org. سيقوم منسق **Early On** في المقاطعة التي تعيش فيها بالتالي:

- إعلامك إذا كان طفلك مؤهلاً.
- مساعدتك إذا كنت تريد خدمات **Early On** لطفلك.
- ليس هناك تكلفة لإجراء تقدير للأهلية لبرنامج **Early On**.

برنامج إعانة ذوي الدخل المنخفض في مصاريف الطاقة المنزلية (LIHEAP)

برنامج الإعانة لحماية المنازل من العوامل الجوية وتخفيض استهلاك الطاقة (Weatherization Assistance Program: WAP).

برنامج الإعانة لحماية المنازل من العوامل الجوية (WAP) هو برنامج ممول فيدرالياً لحفظ الطاقة لمساكن ذوي الدخل المنخفض متاح لأصحاب البيوت والمستأجرين ذوي الدخل المنخفض في ولاية ميشيغان. تخفض هذه الخدمات استهلاك الطاقة وتخفف من قيمة فوائدها العامة. قد تتضمن الخدمات التالية:

- التغليف العازل للعلية وتهويتها.
- التغليف العازل للجدران.
- التغليف العازل للأساس.
- أجهزة إنذار الدخان.
- تنفيس ماكينة تنشيف الغسيل.
- تخفيض تسريب الهواء.

تتوفر طلبات التقديم إلى برنامج الإعانة لحماية المنازل من العوامل الجوية وتخفيض استهلاك الطاقة (WAP) من المشغل المحلي لشؤون أعمال هذا البرنامج (Weatherization Operator).

لإيجاد المشغل المحلي لشؤون أعمال حماية المنازل من العوامل الجوية في منطقتك، اذهب إلى الموقع الإلكتروني التالي:

www.michigan.gov/dhs-womap

الموارد:

- برنامج LIHEAP – اتصل بالخط الساخن لـ DHS لشؤون الإعانة في مصاريف الطاقة على الرقم 1-800-292-5650.
- برنامج HHC أو برنامج WAP – اذهب إلى الموقع الإلكتروني التالي: www.michigan.gov/heatingassistance.

يتألف برنامج إعانة ذوي الدخل المنخفض في مصاريف الطاقة المنزلية (Low Income Home Energy Assistance Program: LIHEAP) من أموال فيدرالية تعطى لكل ولاية لمساعدة الأفراد والعائلات ذوي الدخل المنخفض بتكاليف التدفئة. وتستخدم هذه الأموال في ولاية ميشيغان على البرامج التالية:

- حسم التدفئة المنزلية (HHC)
- الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية (SER) – راجع الصفحة ٨.
- برنامج الإعانة لحماية المنازل من العوامل الجوية (WAP).

لا يوجد طلب منفصل لوحده للتقديم لبرنامج إعانة ذوي الدخل المنخفض في مصاريف الطاقة المنزلية (LIHEAP).

حسم التدفئة المنزلية (Home Heating Credit: HHC)

برنامج حسم التدفئة المنزلية (HHC) متاح لجميع أهالي البيت ذوي الدخل المنخفض بما في ذلك الذين يتضمن قسط إيجارهم التدفئة. تحدد إدارة الخزانة لولاية ميشيغان (Michigan Department of Treasury) الأهلية وتدفع الدفعات.

تتوفر طلبات التقديم إلى برنامج حسم التدفئة المنزلية (HHC) في إدارة الخزانة وأينما تتواجد نماذج الضريبة الإلكترونية على العنوان التالي: www.michigan.gov/treasury، اختر Income Tax Forms (نماذج ضريبة الدخل) من Treasury Quick List (قائمة الخزانة السريعة) الموجودة في الصفحة الرئيسية. لا يتطلب منك أن تقدم كشف الإقرار الضريبي الخاص بالولاية لكي تتلقى حسم التدفئة المنزلية (HHC). تعتمد الأهلية على الدخل وعدد الإعفاءات الضريبية وتكاليف التدفئة لأهل البيت.

الأشياء التي يجب عليك عملها

بتوقيعك على طلب الإعانة، فأنت توافق على القيام بهذه الأشياء.

إعطاء المعلومات الصحيحة والتبليغ عن التغييرات (لكافة البرامج)

- المعلومات الصحيحة. يجب عليك أن تعطي DHS معلومات صحيحة وكاملة عن نفسك وعن كل واحد في أهل بيتك.
- إذا أعطيت معلومات غير صحيحة أو ناقصة عن عمد، أو لم تقم بالتبليغ عن تغيير ما، فقد تحاكم لشهادة الزور أو الاحتيال أو يُرفض طلبك للمخصصات. (راجع "العقوبات لمخالفة البرنامج عن عمد أو الاحتيال" من أجل الحصول على مزيد من المعلومات).
- التبليغ عن التغييرات. أخبر الأخصائي لدى DHS المسؤول عنك عن التغييرات أو قم بالتبليغ عنها إلكترونياً في غضون ١٠ أيام من تاريخ التغيير. * إذا ساورك أي شك حول ما إذا كان يتوجب عليك التبليغ عن تغيير ما، فيجب عليك الاتصال بالأخصائي المسؤول عنك في DHS حول هذا الأمر. سيعلمك الأخصائي لدى DHS إذا كان يسري عليك قواعد تبليغ أخرى.
- أنواع التغييرات التي يجب عليك التبليغ عنها:
 - بدء العمل في وظيفة جديدة أو ترك الوظيفة (في غضون ١٠ أيام من قبض الدفعة الأولى أو الدفعة الأخيرة للأجور) أو التغييرات الحاصلة.
 - تغيير في الأجور (في غضون ١٠ أيام من قبض الدفعة الأولى التي تعكس التغيير).

*الاستثناء: بالنسبة لبرنامج استقلال العائلة (FIP) فقط يجب التبليغ عندما يرحد الطفل من منزلك في غضون ٥ أيام من التاريخ الذي تعرف فيه أن الطفل سيكون غائباً لمدة ٣٠ يوماً أو أكثر.

يجب عليك قراءة كتيب المعلومات هذا قبل التوقيع على طلب الإعانة.

طلب الإعانة

إدارة الخدمات الإنسانية لولاية ميشيغان (Michigan Department of Human Services: DHS)



تعليمات

- عند إجابتك على جميع أسئلة طلب الإعانة، سيمكننا على ضوء ذلك أن نحدد إذا كنت مؤهلاً لكافة البرامج. يرجى كتابة أجوبتك بحروف كبيرة وواضحة.
- ضع علامة في مربع التأشير على كافة البرامج التي تقدم لها. ستظهر رموز البرامج الظاهرة أدناه في كل قسم من الأسئلة الموجودة على الطلب. تخبرك هذه الرموز عن الأسئلة التي يجب عليك الإجابة لكل برنامج. لمزيد من المعلومات عن البرامج، راجع كتيب المعلومات.

برنامج الإعانة الغذائية (Food Assistance Program: FAP)

الإعانة الطبية (الإعانة الطبية: MA، البرنامج الطبي للبالغين: AMP) (فواتير الأطباء أو المستشفيات، أدوية طبية موصوفة، أقساط المديكير).

الإعانة الطبية بمفعول رجعي - هل لديك أو لدى أحد من أهل بيتك مصاريف طبية تم دفعها أو لم يتم دفعها بعد في الأشهر الثلاثة الماضية؟
نعم لا

برنامج نمو ورعاية الأطفال (CDC) (المساعدة في دفعات خدمة رعاية الأطفال).

الإعانة النقدية (برنامج استقلال العائلة: FIP، برنامج إعانة اللاجئين: RAP، إعانة الإعاقة من الولاية: SDA) (المساعدة مالياً للنساء الحوامل أو العائلات ذوي أطفال، أو اللاجئين، أو البالغين ذوي إعاقة، أو القانمين بتقديم الرعاية للبالغين ذوي الإعاقات الذين يعيشون معهم، أو المقيمين في ترتيبات معيشة لذوي الاحتياجات الخاصة).

الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية (State Emergency Relief: SER) (قطع المنافع العامة، أو إخطار الطرد من السكن، أو الدفن أو الحالات الطارئة الأخرى).

ملاحظة: يجب عليك تعبئة كل من طلب الإعانة والطلب الإضافي للإغاثة في الحالات الطارئة (SER) نموذج (DHS-1514) المتوفر من مكتب DHS في المنطقة التي تعيش فيها أو يمكنك أيضاً تقديم الطلب إلكترونياً على العنوان التالي: www.michigan.gov/dhs-forms.

إذا لا يمكنك تعبئة هذا الطلب بشكل كامل الآن، فيمكنك تعبئة نموذج الإيداع الموجود في الصفحة الأخيرة من كتيب المعلومات أو إلكترونياً على العنوان التالي: www.michigan.gov/dhs-forms. قد يؤثر تاريخ استلام DHS لطلب الإعانة أو لنموذج الإيداع الخاص بك على تاريخ بدء صرف مخصصاتك. وبالرغم من ذلك، يتطلب من DHS أن تستلم طلبك للإعانة المعبى بشكل كامل قبل أن يمكنها الموافقة على أي مخصصات.

If you need help filling out this application, DHS must help you. If you are refused help, you may call (855) 275-6424.

1. If you do not speak English or you have a disability, how can we help you?
 Interpreter Sign language Assisted listening device (ALD) Other _____
2. If you do not speak English, what language do you speak? _____

Si usted necesita ayuda llenando esta solicitud, DHS debe ayudarlo. Si ellos se niegan ayuda, usted puede llamar a (855) 275-6424.

1. Si usted no habla inglés o tiene una incapacidad, como podemos ayudarlo?
 Intérprete Dactilología Dispositivo vivo asistido (ALD) Otro _____
2. Si usted no habla inglés, qué idioma habla? _____

إن كنت تتطلب إلى مساعدة في ملء هذا الطلب، فيجب على DHS تقديم المساعدة لك. وفي حال تم رفض تقديم المساعدة لك، فيمكنك الاتصال بالرقم ٢٧٥-٦٤٢٤ (٨٥٥).

١. إن كنت لا تتكلم اللغة الإنكليزية أو تعاني من إعاقة، فكيف يمكننا مساعدتك؟

مترجم شفهي لغة الإشارة أجهزة مساعدة للسمع (ALD) غير ذلك _____

٢. إن كنت لا تتكلم اللغة الإنكليزية، فما هي اللغة التي تتكلمها؟ _____

For office use only

Date application received in local office

Case name

Application number

Case number

Specialist name

Specialist phone

Fax

Specialist email

A. معلومات العنوان



١. ضع علامة في مربع التأشير أين تعيش: بيت / شقة / بيت متنقل متشرد أخرى

إذا كنت تعيش الآن في منشأة أو في ترتيب معيشي لذوي الاحتياجات الخاصة أو عشت في واحدة منها في الأشهر الثلاثة الماضية، ضع علامة في مربع التأشير عن ماهية نوعها أدناه:

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> دار للمسنين | <input type="checkbox"/> مستشفى | <input type="checkbox"/> سجن / حبس | <input type="checkbox"/> منشأة بسكن داخلي للحدادة |
| <input type="checkbox"/> دار جماعي للأطفال | <input type="checkbox"/> مستوصف المقاطعة | <input type="checkbox"/> سكن / مأوى | <input type="checkbox"/> مركز عدالة مجتمعية |
| <input type="checkbox"/> دار رعاية بديلة للبالغين | <input type="checkbox"/> منشأة ترميضية | <input type="checkbox"/> للحالات الطارئة | <input type="checkbox"/> مأوى لضحايا العنف العائلي |
| <input type="checkbox"/> مسكن ومأكل في غرفة ببيت | <input type="checkbox"/> منشأة لعلاج الصحة العقلية | <input type="checkbox"/> مركز علاج المخدرات | <input type="checkbox"/> دار إعادة التأهيل والمراقبة |
| <input type="checkbox"/> تجاري (لوكاندة) | <input type="checkbox"/> والطب النفسي | <input type="checkbox"/> والعقاقير والكحول | <input type="checkbox"/> منشأة تقدم المساعدة في الحياة اليومية |

التاريخ غير معروف
 لا ينطبق

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ما التاريخ الذي تتوقع فيه مغادرة المنشأة أو ما كان تاريخ مغادرتك للمنشأة؟

اسم المنشأة

٢. عنوان المكان الذي تعيش فيه، أو عنوان المنشأة (الرقم، الشارع، الطريق الريفي، رقم الشقة / قطعة الأرض)

المدينة	الولاية	الرمز البريدي	المقاطعة

٣. العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً عن العنوان أعلاه أو صندوق البريد)

المدينة	الولاية	الرمز البريدي	المقاطعة

٤. هاتف المنزل هاتف الجوال هاتف العمل

رقم الهاتف حيث يمكننا ترك رسالة لك	رقم هاتف المبرقة الكاتبة (TTY)
_____ - _____ - _____	_____ - _____ - _____
لمن هذا الرقم؟ (الاسم / صلة القرابة)	العنوان البريدي
_____	_____

٥. هل انتقلت من ولاية أخرى أو تلقيت إعانة من ولاية أخرى في أي وقت مضى بعد شهر أغسطس، ١٩٩٦؟ نعم لا

إذا كان الجواب بنعم، من أي ولاية؟ _____ من أي مقاطعة؟ _____

تاريخ انتقالك إلى ولاية ميشيغان (MI)	ما كان اسم الأخصائي المسؤول عن حالتك؟	رقم هاتف أخصائي الحالة
_____ - _____ - _____	_____	_____ / _____ / _____

٦. هل تنوي أنت وأفراد أهل بيتك البقاء في ولاية ميشيغان (MI)؟ نعم لا

٧. هل أتيت أو أتى أحد من أهل بيتك إلى ولاية ميشيغان بوعود للعمل في وظيفة أو للتفتيش عن عمل؟ نعم لا

٨. إذا كنت أجبر متنقل أو عامل مزارع موسمي، فأدرج عنوانك البريدي الدائم أدناه.

العنوان البريدي الدائم (الرقم، الشارع، الطريق الريفي، رقم الشقة / قطعة الأرض، صندوق البريد)

المدينة	الولاية	الرمز البريدي	المقاطعة

B. معلومات الإعانة الغذائية



- هل كل واحد في أهل البيت يشتري المواد الغذائية ويحضّر الوجبات الغذائية أو يأكلها سوياً؟ نعم لا
- إذا كان الجواب بلا، فأدرج اسم كل من لا يقوم بذلك _____
- كم قدر مجموع الأصول النقدية التي يملكها أهل بيتك؟
(يتضمن النقود وحسابات التوفير والحسابات الجارية وسندات التوفير، ... إلخ). _____ دولار
- كم مجموع الدخل الإجمالي الشهري (قبل أي اقتطاعات) لأهل بيتك؟
(يتضمن مكاسب العمل، مخصصات البطالة، إعالة الأطفال، مخصصات الضمان الاجتماعي، ... إلخ). _____ دولار
- هل يتلقى أحد من أهل بيتك مخصصات من برنامج توزيع غذائي عشائري؟ نعم لا
- إذا كان الجواب بنعم، فمن _____

C. معلومات عنك وعن أهل بيتك



- أجب عن جميع الأشخاص في أهل بيتك (كل واحد يعيش في منزلك). وهذا يشمل الأشخاص الذين لا يعيشون في منزلك في كافة الأوقات، حتى ولو لم تكن مقدماً لهم طلباً للإعانة. أدرج نفسك أولاً.
- إذا كنت أجنبياً تحت كفالة كفيل وافق على إعالتك مالياً، فأكتب المعلومات عن الشخص المتكفل بك في أحد المربعات أدناه حتى ولو يقيم ذلك الشخص بإعالتك.
- إذا كنت تملئ هذا الطلب عن مريض موجود في منشأة ترميضية، فأدرج:
 - اسم المريض أولاً.
 - اسم زوج (زوجة) المريض.
 - اسم كل معال يعيش في المنزل.
- توجد فراغات إضافية في الصفحات الخمس التالية لكتابة المعلومات عن خمسة أشخاص آخرين من أهل بيتك وذلك إذا كنت تتطلب لها. هل تتطلب إلى صفحات إضافية بشأن أهل البيت؟ نعم لا

أجب عن الشخص الأول (1). ضع علامة على جميع المربعات الملائمة.

- الاسم (الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الأخير، الاسم المعطى عند الولادة، إذا كان مختلفاً عن الاسم الحالي) _____
- تاريخ الميلاد _____
- صلة القرابة بك _____
نفسية
- الجنس ذكر أنثى
- رقم الضمان الاجتماعي * _____
- الحالة الزوجية متزوج غير متزوج في السابق مطلق أرمل منفصل
- هل هذا الشخص مواطن أمريكي؟ نعم لا إذا كان الجواب بلا، وكنت أجنبياً موثقاً بوثائق قانونية، فما تاريخ دخولك إلى البلاد: _____
- اسم عائلة الأم قبل الزواج _____ مكان الولادة _____
- هل أنت حامل الآن أو كنت حاملاً في الأشهر الثلاثة الماضية؟ نعم لا إذا نعم، فما تاريخ توقع الولادة أو تاريخ نهاية الحمل؟
العدد المتوقع أو عدد المولودين الذين ولدوا من هذا الحمل واحد توأم ثلاثة توأم أخرى _____
- أعلى صف دراسي أنهيته في المدرسة _____ حصلت على دبلوم الكفاءة العامة (GED)
- دوام كامل دوام نصفي
أقل من دوام نصفي
- هل تدرس في المدرسة في الوقت الحاضر نعم لا إذا كان الجواب بنعم، فما اسم المدرسة _____
حضانة إلى الصف ١٢ GED كلية مدرسة صناعية جامعة مدرسة مهنية أخرى
- الإثنية (الإجابة اختيارية) هسباني/لاتينو ليس من أصل هسباني/لاتينو
- العرق (الإجابة اختيارية) أمريكي من أصل هندي / من سكان آلاسكا الأصليين - أدخل اسم العشيرة _____
 أسويي من سكان هاياواي / جزر المحيط الهادئ الأصليين أسود/أمريكي من أصل أفريقي أبيض
- هل هذا الشخص أبياً من التالي: (ضع علامة على كل ما هو ملائم) لاجئ متكفل بأجنبي
 عامل مزارع متنقل طفل في الرعاية البديلة "فoster كير" والد بالرعاية البديلة غائب مؤقتاً (كلية، خدمة عسكرية، إلخ).
- عامل مزارع موسمي طفل متبنى شخص غير الوالد قائم بالرعاية لا ينطبق كل ما ورد أعلاه على هذا الشخص
- إذا كان الشخص يعيش بعيداً عن المنزل في الوقت الحاضر ◀ لماذا؟ _____ تاريخ توقع عودته _____
- كم عدد الأيام التي يمكث فيها هذا الشخص كل شهر في منزل عنوان الطلب؟ _____ في العنوان الآخر؟ _____
العنوان الآخر _____

(الرقم، الشارع، الطريق الريفي، رقم الشقة / قطعة الأرض)

- ما نوع المساعدة التي يتطلبها هذا الشخص؟ غذائية طبية مساعدة طارئة
خدمات تنظيم العائلة خدمة رعاية الأطفال إعانة نقدية بدون (لا ينطبق)

**يسرى على المتقدمين بطلباتهم لبرنامج استقلال العائلة (FIP)، والميكيد وبرنامج إعانة اللاجئين (RAP) فقط

أجب عن الشخص الرابع (٤). ضع علامة على جميع المربعات الملائمة.

١. الاسم (الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الأخير، الاسم المعطى عند الولادة، إذا كان مختلفاً عن الاسم الحالي) ٢. تاريخ الميلاد ٣. صلة القرابة بك

٤. ذكر أنثى ٥. رقم الضمان الاجتماعي * ----- (خيارى إذا كنت متقدماً فقط لخدمة رعاية الأطفال أو للخدمات الطبية في الحالات الطارئة)
٦. الحالة الزوجية متزوج غير متزوج في السابق مطلق أرمل منفصل
٧. هل هذا الشخص مواطن أمريكي؟ نعم لا **إذا كان الجواب بلا، وكانت أجنبياً موثقاً بوثائق قانونية، فما تاريخ دخولك إلى البلاد: _____
اسم عائلة الأم قبل الزواج _____ مكان الولادة _____
٨. هل أنت حامل الآن أو كنت حاملاً في الأشهر الثلاثة الماضية؟ نعم لا إذا نعم، فما تاريخ توقع الولادة أو تاريخ نهاية الحمل؟ _____ (المقاطعة، المدينة، الولاية)
العدد المتوقع أو عدد المولودين الذين ولدوا من هذا الحمل واحد توأم ثلاثة توأم أخرى _____
٩. أعلى صف دراسي أنهيته في المدرسة _____ حصلت على دبلوم الكفاءة العامة (GED) دوام كامل دوام نصفي أقل من دوام نصفي
١٠. هل تدرس في المدرسة في الوقت الحاضر نعم لا إذا كان الجواب بنعم، فما اسم المدرسة حضانة إلى الصف ١٢ GED كلية مدرسة صناعية جامعة مدرسة مهنية أخرى _____
١١. الإثنية (الاجابة خيارية) هسباني/لاتينو ليس من أصل هسباني/لاتينو
١٢. العرق (الاجابة خيارية) أمريكي من أصل هندي / من سكان آلاسكا الأصليين - أدخل اسم العشيرة أسوي أسود/أمريكي من أصل أفريقي من سكان هاواي / جزر المحيط الهادئ الأصليين أبيض متكفل بأجنبي
١٣. هل هذا الشخص أياً من التالي: (ضع علامة على كل ما هو ملائم) لاجئ عامل مزارع متنقل طفل في الرعاية البديلة "فoster كير" والد بالرعاية البديلة غائب مؤقتاً (كلية، خدمة عسكرية، إلخ). عامل مزارع موسمي طفل متبنى شخص غير الوالد قائم بالرعاية لا ينطبق كل ما ورد أعلاه على هذا الشخص
١٤. إذا كان الشخص يعيش بعيداً عن المنزل في الوقت الحاضر ◀ لماذا؟ _____ تاريخ توقع عودته _____
١٥. كم عدد الأيام التي يمكث فيها هذا الشخص كل شهر في منزل عنوان الطلب؟ _____ في العنوان الآخر؟ _____ العنوان الآخر _____

(الرقم، الشارع، الطريق الريفي، رقم الشقة / قطعة الأرض)

١٦. ما نوع المساعدة التي يتطلبها هذا الشخص؟ غذائية طبية مساعدة طارئة خدمات تنظيم العائلة خدمة رعاية الأطفال إعانة نقدية بدون (لا ينطبق)

١٧. إذا كان عمر الشخص أقل من ٢٢ سنة، فيجب ملء هذا القسم:

من دفع مصاريف ولادة هذا الطفل؟ الولاية الوالدان شخص آخر

ما كانت الحالة الزوجية للأب أثناء حملها بهذا الطفل؟

إذا كانت متزوجة أو مطلقاً: تاريخ الزواج _____ / _____ / _____ تاريخ الانفصال _____ / _____ / _____
الأمر/المقاطعة/الولاية: _____ الأمر/المقاطعة/الولاية: _____

إذا كانت عذباء، فتاريخ حمل هذا الطفل كان في _____ / _____ / _____ المدينة: _____ الولاية: _____ البلد: _____

هل اسمت إفادة الأبوة (Affidavit of Parentage) أو أسمى أمر المحكمة شخصاً بمثابة الأب؟ نعم لا

إذا كان الجواب بنعم، فما رقم الأمر / إفادة الأبوة _____ التاريخ: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ البلد: _____

إذا كان الجواب بلا، هل من الأرجح أن يكون أكثر من رجل واحد مرشحاً ليكون الأب؟ نعم لا، إذا كان الجواب بنعم، توقف

إذا لم يتم توجيهك بالتوقف، فقم بملء التالي عن كل والد:

الأب

الأم

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير) تاريخ الميلاد رقم الضمان الاجتماعي

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير) تاريخ الميلاد رقم الضمان الاجتماعي

العمر التقريبي (إذا لم يكن تاريخ الميلاد معروفاً): _____

العمر التقريبي (إذا لم يكن تاريخ الميلاد معروفاً): _____

هل هي مقيمة في المنزل؟ نعم لا

هل هو مقيم في المنزل؟ نعم لا

هل هي متوفية؟ نعم لا

هل هو متوفى؟ نعم لا

هل هي نفس الأم الموصوفة لطفل سابق؟ نعم لا

هل هو نفس الأب الموصوف لطفل سابق؟ نعم لا

هل هي والدة متبنة غير متزوجة؟ نعم لا

هل هو والد متبنى غير متزوج؟ نعم لا

هل ألغت المحكمة حقوقها؟ نعم لا

هل ألغت المحكمة حقوقه؟ نعم لا

إذا كان الجواب بنعم لأي من أعلاه، توقف. وإلا:

إذا كان الجواب بنعم لأي من أعلاه، توقف. وإلا:

هل هناك أمر إعالة يسميها لهذا الطفل؟

هل هناك أمر إعالة يسميه لهذا الطفل؟

رقم الأمر _____ المقاطعة _____ الولاية _____ البلد _____

رقم الأمر _____ المقاطعة _____ الولاية _____ البلد _____

آخر اسم وعنوان معروف لرب العمل التي اشتغلت عنده

آخر اسم وعنوان معروف لرب العمل الذي اشتغل عنده

الشهر/السنة التي اشتغلت فيها أخيراً _____ / _____

الشهر/السنة التي اشتغل فيها أخيراً _____ / _____

الطول _____ الوزن _____ لون الشعر _____ لون العينين _____

الطول _____ الوزن _____ لون الشعر _____ لون العينين _____

الإثنية هسباني / لاتينو ليس بهسباني / لاتينو

الإثنية هسباني / لاتينو ليس بهسباني / لاتينو

العرق أمريكي من أصل هندي / من سكان آلاسكا الأصليين (العشيرة _____)

العرق أمريكي من أصل هندي / من سكان آلاسكا الأصليين (العشيرة _____)

أسوي من سكان هاواي / جزر المحيط الهادئ الأصليين

أسوي من سكان هاواي / جزر المحيط الهادئ الأصليين

أسود/أمريكي من أصل أفريقي أبيض

أسود/أمريكي من أصل أفريقي أبيض

إذا كان التأمين الصحي لدى الأم يغطي هذا الطفل، فما:

إذا كان التأمين الصحي لدى الأب يغطي هذا الطفل، فما:

اسم شركة التأمين: _____ رقم البوليصا: _____

اسم شركة التأمين: _____ رقم البوليصا: _____

**يسري على طالبي الإعانة لبرنامج استقلال العائلة (FIP) والمديكيد وبرنامج إعانة اللاجئين (RAP) فقط.

أجب عن الشخص الخامس (٥). ضع علامة على جميع المربعات الملائمة.

١. الاسم (الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الأخير، الاسم المعطى عند الولادة، إذا كان مختلفاً عن الاسم الحالي) ٢. تاريخ الميلاد ٣. صلة القرابة بك

٤. ذكر أنثى ٥. رقم الضمان الاجتماعي * --------- (خيارى إذا كنت متقدماً فقط لخدمة رعاية الأطفال أو للخدمات الطبية في الحالات الطارئة)

٦. الحالة الزوجية متزوج غير متزوج في السابق مطلق أرمل منفصل

٧. هل هذا الشخص مواطن أمريكي؟ نعم لا إذا كان الجواب بلا، وكنت أجنبياً موثقاً بوثائق قانونية، فما تاريخ دخولك إلى البلاد:

اسم عائلة الأم قبل الزواج _____ مكان الولادة _____

٨. هل أنت حامل الآن أو كنت حاملاً في الأشهر الثلاثة الماضية؟ نعم لا إذا نعم، فما تاريخ توقع الولادة أو تاريخ نهاية الحمل؟ / / (المقاطعة، المدينة، الولاية)

العدد المتوقع أو عدد المولودين الذين ولدوا من هذا الحمل واحد توأم ثلاثة توأم أخرى _____

٩. أعلى صف دراسي أنهيته في المدرسة _____ حصلت على دبلوم الكفاءة العامة (GED)

١٠. هل تدرس في المدرسة في الوقت الحاضر نعم لا إذا كان الجواب بنعم، فما اسم المدرسة حضانة إلى الصف ١٢ GED كلية مدرسة صناعية جامعة مدرسة مهنية أخرى

١١. الإثنية (الإجابة اختيارية) هسباني/لاتينو ليس من أصل هسباني/لاتينو

١٢. العرق (الإجابة اختيارية) أمريكي من أصل هندي / من سكان آلاسكا الأصليين - أدخل اسم العشيرة

آسيوي أسود/أمريكي من أصل أفريقي من سكان هاواي / جزر المحيط الهادئ الأصليين أبيض

١٣. هل هذا الشخص أيًا من التالي: (ضع علامة على كل ما هو ملائم) لاجئ متكفل بأجنبي عامل مزارع متنقل طفل في الرعاية البديلة "فoster كير" والد بالرعاية البديلة غائب مؤقتاً (كلية، خدمة عسكرية، إلخ).

عامل مزارع موسمي طفل متبنى شخص غير الوالد قائم بالرعاية لا ينطبق كل ما ورد أعلاه على هذا الشخص

١٤. إذا كان الشخص يعيش بعيداً عن المنزل في الوقت الحاضر ◀ لماذا؟ _____ تاريخ توقع عودته _____

١٥. كم عدد الأيام التي يمكث فيها هذا الشخص كل شهر في منزل عنوان الطلب؟ _____ في العنوان الآخر؟ _____

العنوان الآخر _____

(الرقم، الشارع، الطريق الريفي، رقم الشقة / قطعة الأرض)

١٦. ما نوع المساعدة التي يطلبها هذا الشخص؟ غذائية طبية مساعدة طارئة

خدمات تنظيم العائلة خدمة رعاية الأطفال إعانة نقدية بدون (لا ينطبق)

١٧. إذا كان عمر الشخص أقل من ٢٢ سنة، فيجب ملء هذا القسم:

من دفع مصاريف ولادة هذا الطفل؟ الولاية الوالدان شخص آخر

ما كانت الحالة الزوجية للام أثناء حملها بهذا الطفل؟

إذا كانت متزوجة أو مطلقة: تاريخ الزواج _____ / _____ / _____ تاريخ الإنفصال _____ / _____ / _____ تاريخ الطلاق _____ / _____ / _____

الأمر/المقاطعة/الولاية: _____ الأمر/المقاطعة/الولاية: _____

إذا كنت عزباء، فتاريخ حمل هذا الطفل كان في _____ / _____ / _____ المدينة: _____ الولاية: _____ البلد: _____

هل اسمت إفادة الأبوة (Affidavit of Parentage) أو أسمى أمر المحكمة شخصاً بمثابة الأب؟ نعم لا

إذا كان الجواب بنعم، فما رقم الأمر / إفادة الأبوة _____ التاريخ _____ / _____ / _____ المدينة: _____ الولاية: _____ البلد: _____

إذا كان الجواب بلا، هل من الأرجح أن يكون أكثر من رجل واحد مرشحاً ليكون الأب؟ نعم لا، إذا كان الجواب بنعم، توقف

إذا لم يتم توجيهك بالتوقف، فقم بملء التالي عن كل والد:

الأم

الأب

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير) تاريخ الميلاد رقم الضمان الاجتماعي

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير) تاريخ الميلاد رقم الضمان الاجتماعي

العمر التقريبي (إذا لم يكن تاريخ الميلاد معروفاً): _____

العمر التقريبي (إذا لم يكن تاريخ الميلاد معروفاً): _____

هل هي مقيمة في المنزل؟ نعم لا

هل هو مقيم في المنزل؟ نعم لا

هل هي متوفية؟ نعم لا

هل هو متوفى؟ نعم لا

هل هي نفس الأم الموصوفة لطفل السابق؟ نعم لا

هل هو نفس الأب الموصوف لطفل السابق؟ نعم لا

رقم الأمر _____ المقاطعة _____ الولاية _____ البلد _____

رقم الأمر _____ المقاطعة _____ الولاية _____ البلد _____

آخر اسم وعنوان معروف لرب العمل التي اشتغلت عنده _____

آخر اسم وعنوان معروف لرب العمل الذي اشتغل عنده _____

الشهر/السنة التي اشتغلت فيها أخيراً _____ / _____

الشهر/السنة التي اشتغل فيها أخيراً _____ / _____

الطول _____ الوزن _____ لون الشعر _____ لون العينين _____

الطول _____ الوزن _____ لون الشعر _____ لون العينين _____

الإثنية هسباني / لاتينو ليس بهسباني / لاتينو

الإثنية هسباني / لاتينو ليس بهسباني / لاتينو

العرق أمريكي من أصل هندي / من سكان آلاسكا الأصليين (العشيرة _____)

العرق أمريكي من أصل هندي / من سكان آلاسكا الأصليين (العشيرة _____)

آسيوي من سكان هاواي / جزر المحيط الهادئ الأصليين

آسيوي من سكان هاواي / جزر المحيط الهادئ الأصليين

أسود/أمريكي من أصل أفريقي أبيض

أسود/أمريكي من أصل أفريقي أبيض

إذا كان التأمين الصحي لدى الأم يغطي هذا الطفل، فما: _____

إذا كان التأمين الصحي لدى الأب يغطي هذا الطفل، فما: _____

اسم شركة التأمين: _____ رقم البوليصا: _____

اسم شركة التأمين: _____ رقم البوليصا: _____

**يسري على طالي الإعانة لبرنامج استقلال العائلة (FIP) والميكيد وبرنامج إعانة اللاجئين (RAP) فقط.

أجب عن الشخص السادس (٦). ضع علامة على جميع المربعات الملائمة.

١. الاسم (الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الأخير، الاسم المعطى عند الولادة، إذا كان مختلفاً عن الاسم الحالي) ٢. تاريخ الميلاد ٣. صلة القرابة بك

٤. ذكر أنثى ٥. رقم الضمان الاجتماعي * ----- * (خيارى إذا كنت متقدماً فقط لخدمة رعاية الأطفال أو للخدمات الطبية في الحالات الطارئة)
٦. الحالة الزوجية متزوج غير متزوج في السابق مطلق أرمل منفصل
٧. هل هذا الشخص مواطن أمريكي؟ نعم لا ** إذا كان الجواب بلا، وكنت أجنبياً موثقاً بوثائق قانونية، فما تاريخ دخولك إلى البلاد: _____
اسم عائلة الأم قبل الزواج _____ مكان الولادة _____
٨. هل أنت حامل الآن أو كنت حاملاً في الأشهر الثلاثة الماضية؟ نعم لا إذا نعم، فما تاريخ توقع الولادة أو تاريخ نهاية الحمل؟ _____
العدد المتوقع أو عدد المولودين الذين ولدوا من هذا الحمل واحد توأم ثلاثة توأم أخرى _____
٩. أعلى صف دراسي أنهيته في المدرسة حصلت على دبلوم الكفاءة العامة (GED) دوام كامل دوام نصفي
 أقل من دوام نصفي
١٠. هل تدرس في المدرسة في الوقت الحاضر نعم لا إذا كان الجواب بنعم، فما اسم المدرسة حضانة إلى الصف ١٢ GED كلية مدرسة صناعية جامعة مدرسة مهنية أخرى
١١. الإثنية (الإجابة اختيارية) هسباني/لاتينو ليس من أصل هسباني/لاتينو
١٢. العرق (الإجابة اختيارية) أمريكي من أصل هندي / من سكان آلاسكا الأصليين - أدخل اسم العشيرة أسوي أسود/أمريكي من أصل أفريقي من سكان هاياوي / جزر المحيط الهادئ الأصليين أبيض
١٣. هل هذا الشخص أياً من التالي: (ضع علامة على كل ما هو ملائم) لاجئ متكفل بأجنبي عامل مزارع متنقل طفل في الرعاية البديلة "فoster كير" والد بالرعاية البديلة غائب مؤقتاً (كلية، خدمة عسكرية، إلخ). عامل مزارع موسمي طفل متبنى شخص غير الوالد قائم بالرعاية لا ينطبق كل ما ورد أعلاه على هذا الشخص
١٤. إذا كان الشخص يعيش بعيداً عن المنزل في الوقت الحاضر ◀ لماذا؟ _____ تاريخ توقع عودته _____
١٥. كم عدد الأيام التي يمكث فيها هذا الشخص كل شهر في منزل عنوان الطلب؟ _____ في العنوان الآخر؟ _____
العنوان الآخر _____

(الرقم، الشارع، الطريق الريفي، رقم الشقة / قطعة الأرض)

١٦. ما نوع المساعدة التي يتطلبها هذا الشخص؟ غذائية طبية مساعدة طارئة
 خدمات تنظيم العائلة خدمة رعاية الأطفال إعانة نقدية بدون (لا ينطبق)

١٧. إذا كان عمر الشخص أقل من ٢٢ سنة، فيجب ملء هذا القسم:

من دفع مصاريف ولادة هذا الطفل؟ الولاية الوالدان شخص آخر
ما كانت الحالة الزوجية للأب أثناء حملها بهذا الطفل؟
إذا كانت متزوجة أو مطلقة: تاريخ الزواج _____ / _____ / _____ تاريخ الانفصال _____ / _____ / _____
الأمر/المقاطعة/الولاية: _____ الأمر/المقاطعة/الولاية: _____

إذا كنتا عذباء، فتاريخ حمل هذا الطفل كان في _____ / _____ / _____ المدينة: _____ الولاية: _____ البلد: _____

هل اسمت إفادة الأبوة (Affidavit of Parentage) أو أسمت المحكمة شخصاً بمثابة الأب؟ نعم لا

إذا كان الجواب بنعم، فما رقم الأمر / إفادة الأبوة _____ التاريخ _____ / _____ المدينة: _____ الولاية: _____ البلد: _____

إذا كان الجواب بلا، هل من الأرجح أن يكون أكثر من رجل واحد مرشحاً ليكون الأب؟ نعم لا، إذا كان الجواب بنعم، توقف

إذا لم يتم توجيهك بالتوقف، فقم بملء التالي عن كل والد:

الأم	الأب
الاسم (الأول، الأوسط، الأخير) تاريخ الميلاد رقم الضمان الاجتماعي _____ / _____ / _____	الاسم (الأول، الأوسط، الأخير) تاريخ الميلاد رقم الضمان الاجتماعي _____ / _____ / _____
العمر التقريبي (إذا لم يكن تاريخ الميلاد معروفاً): _____ هل هي مقيمة في المنزل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا هل هي متوفية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا هل هي نفس الأم الموصوفة لطفل سابق؟ <input type="checkbox"/> نعم، الاسم: _____ <input type="checkbox"/> لا	العمر التقريبي (إذا لم يكن تاريخ الميلاد معروفاً): _____ هل هو مقيم في المنزل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا هل هو متوفى؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا هل هو نفس الأب الموصوف لطفل سابق؟ <input type="checkbox"/> نعم، الاسم: _____ <input type="checkbox"/> لا
هل هي والدة متبني غير متزوجة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا هل ألغت المحكمة حقوقها؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كان الجواب بنعم لأي من أعلاه، توقف. وإلا: هل هناك أمر إعالة يسميها لهذا الطفل؟ رقم الأمر _____ المقاطعة _____ الولاية _____ البلد _____ آخر اسم وعنوان معروف لرب العمل التي اشتغلت عنده _____ الشهر/السنة التي اشتغلت فيها أخيراً _____ / _____ الطول _____ الوزن _____ لون الشعر _____ لون العينين _____ الإثنية <input type="checkbox"/> هسباني / لاتينو <input type="checkbox"/> ليس بهسباني / لاتينو العرق <input type="checkbox"/> أمريكي من أصل هندي / من سكان آلاسكا الأصليين (العشيرة _____) <input type="checkbox"/> أسوي <input type="checkbox"/> من سكان هاياوي / جزر المحيط الهادئ الأصليين <input type="checkbox"/> أسود/أمريكي من أصل أفريقي <input type="checkbox"/> أبيض إذا كان التأمين الصحي لدى الأم يغطي هذا الطفل، فما: اسم شركة التأمين: _____ رقم البوليصا: _____	هل هو والد متبني غير متزوج؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا هل ألغت المحكمة حقوقه؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كان الجواب بنعم لأي من أعلاه، توقف. وإلا: هل هناك أمر إعالة يسميه لهذا الطفل؟ رقم الأمر _____ المقاطعة _____ الولاية _____ البلد _____ آخر اسم وعنوان معروف لرب العمل الذي اشتغل عنده _____ الشهر/السنة التي اشتغل فيها أخيراً _____ / _____ الطول _____ الوزن _____ لون الشعر _____ لون العينين _____ الإثنية <input type="checkbox"/> هسباني / لاتينو <input type="checkbox"/> ليس بهسباني / لاتينو العرق <input type="checkbox"/> أمريكي من أصل هندي / من سكان آلاسكا الأصليين (العشيرة _____) <input type="checkbox"/> أسوي <input type="checkbox"/> من سكان هاياوي / جزر المحيط الهادئ الأصليين <input type="checkbox"/> أسود/أمريكي من أصل أفريقي <input type="checkbox"/> أبيض إذا كان التأمين الصحي لدى الأب يغطي هذا الطفل، فما: اسم شركة التأمين: _____ رقم البوليصا: _____

**يسري على طالبي الإعانة لبرنامج استقلال العائلة (FIP) والمديكيد وبرنامج إعانة اللاجئين (RAP) فقط.

D. أفراد أهل البيت الذين لا تتجاوز أعمارهم سن الـ ٢٢

هل تحتاج إلى مزيد من الصفحات؟ نعم لا



<p>ضع علامة في كل مربع ملائم ادناه:</p> <ul style="list-style-type: none"> • إذا كان الوالدان متزوجين لبعضهما في أي وقت مضى. • إذا تم تأسيس هوية الأب على على وجه قانوني. • إعالة بأمر من المحكمة. 	<p>إذا كان الشخص دون سن الـ ٢٢ لا يعيش مع أحد الوالدين، فمع من يعيش؟</p>	<p>ضع علامة إذا كان أحد الوالدين متوفى</p>	<p>أدرج اسم الأم / الأب (الأول، الأوسط، الأخير)</p>	<p>أدرج كل شخص من أهل البيت لا يتجاوز سن الـ ٢٢ من العمر</p>
<p><input type="checkbox"/> متزوجان لبعضهما <input type="checkbox"/> أبوة <input type="checkbox"/> إعالة رقم الأمر _____</p>	<p>الاسم</p>	<p>نعم <input type="checkbox"/></p>	<p>الأم</p>	
	<p>صلة القرابة</p>	<p>نعم <input type="checkbox"/></p>	<p>الأب</p>	
<p><input type="checkbox"/> متزوجان لبعضهما <input type="checkbox"/> أبوة <input type="checkbox"/> إعالة رقم الأمر _____</p>	<p>الاسم</p>	<p>نعم <input type="checkbox"/></p>	<p>الأم</p>	
	<p>صلة القرابة</p>	<p>نعم <input type="checkbox"/></p>	<p>الأب</p>	
<p><input type="checkbox"/> متزوجان لبعضهما <input type="checkbox"/> أبوة <input type="checkbox"/> إعالة رقم الأمر _____</p>	<p>الاسم</p>	<p>نعم <input type="checkbox"/></p>	<p>الأم</p>	
	<p>صلة القرابة</p>	<p>نعم <input type="checkbox"/></p>	<p>الأب</p>	
<p><input type="checkbox"/> متزوجان لبعضهما <input type="checkbox"/> أبوة <input type="checkbox"/> إعالة رقم الأمر _____</p>	<p>الاسم</p>	<p>نعم <input type="checkbox"/></p>	<p>الأم</p>	
	<p>صلة القرابة</p>	<p>نعم <input type="checkbox"/></p>	<p>الأب</p>	
<p><input type="checkbox"/> متزوجان لبعضهما <input type="checkbox"/> أبوة <input type="checkbox"/> إعالة رقم الأمر _____</p>	<p>الاسم</p>	<p>نعم <input type="checkbox"/></p>	<p>الأم</p>	
	<p>صلة القرابة</p>	<p>نعم <input type="checkbox"/></p>	<p>الأب</p>	
<p><input type="checkbox"/> متزوجان لبعضهما <input type="checkbox"/> أبوة <input type="checkbox"/> إعالة رقم الأمر _____</p>	<p>الاسم</p>	<p>نعم <input type="checkbox"/></p>	<p>الأم</p>	
	<p>صلة القرابة</p>	<p>نعم <input type="checkbox"/></p>	<p>الأب</p>	
<p><input type="checkbox"/> متزوجان لبعضهما <input type="checkbox"/> أبوة <input type="checkbox"/> إعالة رقم الأمر _____</p>	<p>الاسم</p>	<p>نعم <input type="checkbox"/></p>	<p>الأم</p>	
	<p>صلة القرابة</p>	<p>نعم <input type="checkbox"/></p>	<p>الأب</p>	
<p><input type="checkbox"/> متزوجان لبعضهما <input type="checkbox"/> أبوة <input type="checkbox"/> إعالة رقم الأمر _____</p>	<p>الاسم</p>	<p>نعم <input type="checkbox"/></p>	<p>الأم</p>	
	<p>صلة القرابة</p>	<p>نعم <input type="checkbox"/></p>	<p>الأب</p>	
<p><input type="checkbox"/> متزوجان لبعضهما <input type="checkbox"/> أبوة <input type="checkbox"/> إعالة رقم الأمر _____</p>	<p>الاسم</p>	<p>نعم <input type="checkbox"/></p>	<p>الأم</p>	
	<p>صلة القرابة</p>	<p>نعم <input type="checkbox"/></p>	<p>الأب</p>	
<p><input type="checkbox"/> متزوجان لبعضهما <input type="checkbox"/> أبوة <input type="checkbox"/> إعالة رقم الأمر _____</p>	<p>الاسم</p>	<p>نعم <input type="checkbox"/></p>	<p>الأم</p>	
	<p>صلة القرابة</p>	<p>نعم <input type="checkbox"/></p>	<p>الأب</p>	

F. المعلومات الطبية

هل تحتاج إلى مزيد من الصفحات؟

نعم لا



1. أدرج اسم كل واحد في أهل بيتك من يكون عرضة للعنف الأسرى لا أحد
2. أدرج اسم كل طفل دون سن السادسة من لا يكون محصن باللقاحات حسب المفروض (التطعيم) لا أحد
3. أدرج اسم كل طفل في برنامج **Early On** لا أحد
اسم ورقم هاتف منشق برنامج **Early On** _____
4. أدرج اسم كل طفل يتلقى خدمات الرعاية الصحية لذوي الاحتياجات الخاصة للأطفال لا أحد
5. أدرج اسم كل واحد يدرس الآن أو سبق له الدراسة في صف التعليم لذوي الاحتياجات الخاصة لا أحد
اسم المدرسة ورقم هاتفها _____
6. أدرج اسم كل واحد في برنامج علاجي لتعاطي الكحول أو المخدرات لا أحد
7. أدرج اسم كل واحد يعمل مع خدمات إعادة التأهيل لولاية ميشيغان (Michigan Rehabilitation Services) لا أحد
اسم ورقم هاتف المرشد في خدمات إعادة التأهيل لولاية ميشيغان _____
8. أدرج اسم كل واحد قائم برعاية طفل أو زوج(ة) أو أي شخص آخر يعاني من إعاقة في المنزل لا أحد
9. هل القائم بالرعاية قادر ومتوفر للعمل في وظيفة إضافة إلى تقديم الرعاية لأحد آخر؟ نعم لا
10. أدرج اسم كل واحد مقدم للإعانة ولا يستطيع العمل بدوام كامل لأسباب جسدية أو عقلية لا أحد

لا أحد

10. أدرج اسم كل واحد مقدم للإعانة ولا يستطيع العمل بدوام كامل لأسباب جسدية أو عقلية

هل هذا الشخص قادر على العمل؟	الحالة الطبية	الشخص
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		



G. التغطية الطبية

هل لدى أحد من أهل بيتك تغطية طبية أو يتوقع الحصول عليها (غير المديكير)؟

نعم لا ضع علامة على نوع التغطية وأكمل تعبئة الجدول أدناه.

- تأمين صحي / استشفاء في المستشفى
 تأمين تعويض العمال ("وركرز كومبنسيشن")
 حساب الإذخارات الصحية
 أخرى _____
 ضد الحوادث (تأمين المنزل أو السيارة، إلخ).
 MICHild
 خطة / عقد (عقد على مدى الحياة، إلخ).
 مديكير
 تأمين صحي / استشفاء في المستشفى (رب العمل، الوالد، إلخ).

أرقام المطالبة، العقد / المجموعة، وتاريخ سريان المفعول	اسم وعنوان شركة التأمين	الشخص المغطى

H. معلومات الأصول

هل تحتاج إلى مزيد من الصفحات؟ نعم لا

1. هل لدى أحد من أهل بيتك أي أصول؟ (بما في ذلك الأصول التي يملكونها مع شخص آخر)

نعم لا ضع علامة على كافة أنواع الأصول لدى أهل بيتك وأكمل تعبئة الجدول أدناه.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> حسابات جارية ("تشكينغ") | <input type="checkbox"/> حسابات سوق المال ("موني ماركت") | <input type="checkbox"/> حساب أو حسابات الـ IRA، أو KEOGH، أو 401K أو التعويض المؤجل |
| <input type="checkbox"/> شهادات الإيداع (سي دي) | <input type="checkbox"/> حسابات نادي عيد الميلاد | <input type="checkbox"/> ممتلكات عقارية |
| <input type="checkbox"/> نقود في اليد و/أو في خزنة حفظ الودائع | <input type="checkbox"/> سندات التوفير أو الأسهم أو صناديق الاستثمار المشترك | <input type="checkbox"/> ممتلكات عقارية (لا يتضمن المكان الذي تعيش فيه) |
| <input type="checkbox"/> حسابات الائتمان ("ترست") أو المعاشات السنوية | <input type="checkbox"/> عقد أراضي، قروض الاستملاك أو أي | <input type="checkbox"/> عدة ومعدات، أو مواشي أو محاصيل |
| <input type="checkbox"/> ممتلك عقاري على مدى حياة الشخص | <input type="checkbox"/> قبر أو مقابر، نعش، إلخ. | <input type="checkbox"/> أرباح من يانصيب / قمار |
| <input type="checkbox"/> بوالص التأمين على الحياة | <input type="checkbox"/> قروض مدفوعة لأحد أفراد أهل البيت | |
| <input type="checkbox"/> صندوق استئماني ("ترست") للدفن / عقد أو عقود الجناز | <input type="checkbox"/> أخرى (حقوق ملكية في معادن و/أو مياه، إلخ). | |
| <input type="checkbox"/> حسابات توفير | <input type="checkbox"/> صندوق استئماني ("ترست") للمرضى | |
| <input type="checkbox"/> حسابات في إتحاد الائتمان التعاوني ("كرديت يونيون") | | |

مالك الأصول	نوع الأصول	الرصيد (المبلغ أو القيمة)	الاسم والعنوان (البنك، شركة التأمين، إلخ.)	رقم الحساب أو البوليصة، إلخ.

2. هل أحد من أهل بيتك:

- باع أو أعطى مجاناً أي ممتلكات أو أراضي أو أسهم أو سندات أو مركبات، أو حسابات توفير أو حسابات جارية "تشكينغ" أو حسابات في إتحاد الائتمان التعاوني، أو الدخل، أو نقود، إلخ، أو أغلق أي حسابات أو شطب أسم ما من ملكية أصول أو أضاف اسم ما على ملكية أصول في غضون الـ 60 شهر الماضية؟ نعم لا

إذا كان الجواب بنعم، من هو؟ ما هي؟

دولار

كم؟

□□□□/□□□□/□□□□

التاريخ

- رفع دعوى قد تجلب مالياً أو ممتلكات، إلخ؟ نعم لا

إذا كان الجواب بنعم، من هو؟ ما هي؟

دولار

كم؟

□□□□/□□□□/□□□□

التاريخ

- هل تلقيت دفعة لمرة واحدة (مثل تأمين تعويض العمال، ربح من يانصيب، منح دعوى بشأن تسوية تأمين، إلخ.) في غضون الـ 60 شهر الأخيرة (خمس سنوات)؟ نعم لا

إذا كان الجواب بنعم، من هو؟ ما هي؟

دولار

كم؟

□□□□/□□□□/□□□□

التاريخ

- هل قمت بالنيابة عن أي فرد من أفراد البيت بوضع أي أموال، أو تسوية مالية من دعوى، أو دخل أو أصول في حساب استئماني ("ترست")، أو حساب معاش سنوي أو أي وسيلة قانونية مشابهة في غضون الـ 60 شهر الأخيرة (خمس سنوات)؟ نعم لا

إذا كان الجواب بنعم، من هو؟ ما هي؟

دولار

كم؟

□□□□/□□□□/□□□□

التاريخ

A. معلومات المركبة

هل تحتاج إلى مزيد من الصفحات؟ نعم لا

هل لدى أحد من أهل بيتك أي مركبات؟

نعم لا ضع علامة على كل ما هو ملائم وأكمل تعبئة الجدول أدناه.

- | | | | | | | |
|--------------------------------|---|-------------------------------|--|--------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> سيارة | <input type="checkbox"/> سيارة شاحنة "تراك" | <input type="checkbox"/> قارب | <input type="checkbox"/> مخيم مقطور / مقطورة | <input type="checkbox"/> دراجة نارية | <input type="checkbox"/> مركبة استجمامية (RV) | <input type="checkbox"/> مركبات أخرى |
|--------------------------------|---|-------------------------------|--|--------------------------------------|---|--------------------------------------|

اسم المالك أو المالكين المذكورين على سند ملكية أو ورقة تسجيل المركبة

اسم المالك أو المالكين المذكورين على سند ملكية أو ورقة تسجيل المركبة	السنة	الماركة / الموديل	عدد الأميال في عدّاد الأميال	المبلغ المستحق

ل. دخل الأجير المتنقل أو عامل المزارع الموسمي

هل تحتاج إلى مزيد من الصفحات؟ نعم لا

هل أحد من أهل بيتك أجير متنقل أو عامل مزارع موسمي؟
نعم أكمل ملء الجدول أدناه لا

المبلغ الإجمالي لدفعة الأجر	التاريخ	هل تلقي أحد أي دخل من نفس المزارع في غضون ٣٠ يوم قبل تاريخ الطلب؟
		نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
		هل يتوقع أحد أن يتلقى مزيداً من الدخل في هذا الشهر؟
		نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
		هل تلقي أحد سلفة للسفر؟
		نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
المبلغ الإجمالي لدفعة الأجر	تاريخ آخر دفعة للأجر	هل خسر أحد مؤخرًا مصدر دخله الوحيد؟
		نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

ك. تغييرات العمل

هل تحتاج إلى مزيد من الصفحات؟ نعم لا

هل طرأ تغيير في وظيفة أحد من أهل بيتك في الـ ٣٠ يوم الأخيرة؟
نعم ضع علامة على كل ما هو ملائم وأكمل تعبئة الجدول أدناه. لا

التاريخ والمبلغ الإجمالي للدفعة الأخيرة	تاريخ التغيير	الاسم والعنوان رب العمل	اسم الشخص (الأشخاص)	ضع علامة على كل ما هو ملائم
				<input type="checkbox"/> رفض العمل السبب _____
				<input type="checkbox"/> خفض طوعاً الساعات التي عملها السبب _____
				<input type="checkbox"/> ترك الوظيفة السبب _____
				<input type="checkbox"/> تم الاستغناء عنه السبب _____
				<input type="checkbox"/> تم طرده السبب _____
				<input type="checkbox"/> مشترك في إضراب السبب _____

ل. الدخل من الأعمال الحرة (بما فيه الوظائف المتفرقة غير العادية)

هل تحتاج إلى مزيد من الصفحات؟ نعم لا

١. هل أحد من أهل بيتك يعمل في الأعمال الحرة أو سيعمل في الأعمال الحرة قبل نهاية الشهر التقويمي التالي؟
نعم أكمل تعبئة الجدول أدناه. لا

مصاريف الأعمال الحرة الشهرية	الدخل الإجمالي الشهري (المبلغ قبل اقتطاع أي مصاريف)	اسم وعنوان العمل التجاري	نوع العمل أو الشركة وتاريخ بدء العمل	الشخص العامل في الأعمال الحرة

M. الدخل من الوظيفة

هل تحتاج إلى مزيد من الصفحات؟ نعم لا

1. هل أحد من أهل بيتك يعمل لقاء أجور أو راتب أو سيعمل لقاء أجور أو راتب قبل نهاية الشهر التقويمي التالي؟

نعم أكمل تعبئة المعلومات أدناه لكل شخص عامل لا

اسم الشخص العامل _____ تاريخ بدء الوظيفة:

اسم رب العمل / العنوان / رقم الهاتف _____

نوع العمل _____ مسمى الوظيفة _____

إذا كانت وظيفة جديدة، فما تاريخ دفع شيك الأجور الأول هل ستستمر الوظيفة؟ نعم لا

أي يوم في الأسبوع الذي يتم فيه قبض الأجور _____ تاريخ أحدث أو آخر شيك دفع الأجور

متوسط عدد الساعات المتوقع عملها _____ في الأسبوع فترة الدفع

مقدار الدفع

في الساعة

الراتب

أخرى

وتيرة الدفع: كل أسبوع كل أسبوعين مرتان في الشهر كل شهر أخرى _____

هل تقبض مكافأة مالية أو عمولة أو لقاء وقت العمل الإضافي نعم لا

◀ إذا كان الجواب بنعم، فما مقدار المبلغ _____ دولار وتيرة الدفع: _____

هل تقبض إكرامية (بقشيش) لا تكون من ضمن شيك أجرك؟ نعم لا

◀ إذا كان الجواب بنعم، فما متوسط مقدار البقشيش غير المشمول _____ دولار كل أسبوع فترة دفع الأجر أخرى _____

اسم الشخص العامل _____ تاريخ بدء الوظيفة:

اسم رب العمل / العنوان / رقم الهاتف _____

نوع العمل _____ مسمى الوظيفة _____

إذا كانت وظيفة جديدة، فما تاريخ دفع شيك الأجور الأول هل ستستمر الوظيفة؟ نعم لا

أي يوم في الأسبوع الذي يتم فيه قبض الأجور _____ تاريخ أحدث أو آخر شيك دفع الأجور

متوسط عدد الساعات المتوقع عملها _____ في الأسبوع فترة الدفع

مقدار الدفع

في الساعة

الراتب

أخرى

وتيرة الدفع: كل أسبوع كل أسبوعين مرتان في الشهر كل شهر أخرى _____

هل تقبض مكافأة مالية أو عمولة أو لقاء وقت العمل الإضافي نعم لا

◀ إذا كان الجواب بنعم، فما مقدار المبلغ _____ دولار وتيرة الدفع: _____

هل تقبض إكرامية (بقشيش) لا يكون من ضمن شيك أجرك؟ نعم لا

◀ إذا كان الجواب بنعم، فما متوسط مقدار البقشيش غير المشمول _____ دولار كل أسبوع فترة دفع الأجر أخرى _____

N. دخل آخر

هل تحتاج إلى مزيد من الصفحات؟ نعم لا

١. هل يتلقى أحد من أهل بيتك أو يتوقع أن يتلقى (قدم طلباً) لأي دخل غير مكاسب العمل؟

نعم ▶ ضع علامة على كافة المربعات الملائمة وأكمل تعبئة الجدول أدناه. لا

- مخصصات الضمان الاجتماعي (RSDI) دخل الضمان التكميلي (SSI) مخصصات الإعاقة
- مخصصات المعاش ("بنشين") / التقاعد دخل من إعادة تسوية (البرنامج الإعانة الغذائية: FAP فقط) مخصصات البطالة
- مخصصات التقاعد من سكة الحديد تأمين تعويض العمال ("وركرز كومبنيشن") دخل من إيجار
- مخصصات الجنود القدامى نقود من أصدقاء أو أقارب، إلخ. دخل من إيجار غرفة و/أو نزيل (لوكاندة)
- مخصصات عسكرية دخل من فائدة / أرباح الأسهم دخل من إيجار
- عقد أرض، قروض استملاك أو قروض أخرى مدفوعة لأحد أفراد أهل البيت
- دخل / مدفوعات من عشيرة (إعانة عامة من عشيرة، مطالبات أراضي، مشاركة الأرباح العائدة من أندية القمار "كازينوهات"، حسب الدخل الفردي، إلخ).
- أخرى (حقوق في معادن / مياه / نפט، إلخ) إعالة طفل / رقم أمر المحكمة بجدول الدعاوى

الشخص المدفوع له/ المتوقع للمال	مصدر / نوع الدخل	وتيرة القبض	المبلغ المقبوض	هل من المتوقع الاستمرار في قبض المبلغ؟	تاريخ توقع القبض إذا لم يتم بعد قبض المبلغ
				نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
				نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
				نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	

٢. إذا كان أحد من أهل بيتك يتلقى مخصصات الضمان الاجتماعي (RSDI) أو مخصصات التقاعد من سكة الحديد، فأدرج رقم أو أرقام المطالبة

٣. هل أحد في أهل بيتك جندي قديم نعم لا إذا كان الجواب بنعم، فهل هذا الشخص (ذكر أو أنثى):

- جندي قديم أمريكي ذو إعاقة؟ فَمَنْ هو؟ _____
- أرملة (أرمل) أو طفل جندي قديم أمريكي متوفى؟ فَمَنْ هو؟ _____
- زوج(ة) أو طفل ذو إعاقة لجندي قديم أمريكي ذو إعاقة؟ فَمَنْ هو؟ _____
- لا أحد من هؤلاء

هل قام أحد في أهل بيتك بتقديم طلب إلى مخصصات الرعاية الصحية من مصلحة الجنود القدامى (VA)؟ نعم لا مَنْ هو؟ _____

هل يتلقى أحد في أهل بيتك مخصصات الرعاية الصحية من مصلحة الجنود القدامى (VA)؟ نعم لا مَنْ هو؟ _____

O. مخصصات الإعاقة

هل تحتاج إلى مزيد من الصفحات؟ نعم لا

1. هل أحد من أهل بيتك من الذين لا يتلقى مخصصات الإعاقة، قدم طلباً إلى مخصصات الإعاقة أو تم رفض طلبه لذلك

نعم ◀ ضع علامة على كافة مخصصات الأعاقاة الملائمة وأكمل تعبئة الجدول أدناه. لا

الشخص	نوع المخصص	حالة المخصص	تاريخ الإجراء (إذا كان معروفاً)
	<input type="checkbox"/> الضمان الاجتماعي <input type="checkbox"/> رقم المطالبة <input type="checkbox"/> نفسك <input type="checkbox"/> الزوج(ة) <input type="checkbox"/> الوالدة(ة) <input type="checkbox"/> دخل الضمان التكميلي (SSI). <input type="checkbox"/> أخرى	<input type="checkbox"/> تم تقديم طلب لتلقي المخصصات. <input type="checkbox"/> تم رفض الطلب للمخصصات* <input type="checkbox"/> تم استئناف الرفض. <input type="checkbox"/> تم طلب عقد جلسة استماع.	
	<input type="checkbox"/> الضمان الاجتماعي <input type="checkbox"/> رقم المطالبة <input type="checkbox"/> نفسك <input type="checkbox"/> الزوج(ة) <input type="checkbox"/> الوالدة(ة) <input type="checkbox"/> دخل الضمان التكميلي (SSI). <input type="checkbox"/> أخرى	<input type="checkbox"/> تم تقديم طلب لتلقي المخصصات. <input type="checkbox"/> تم رفض الطلب للمخصصات* <input type="checkbox"/> تم استئناف الرفض. <input type="checkbox"/> تم طلب عقد جلسة استماع.	
	<input type="checkbox"/> الضمان الاجتماعي <input type="checkbox"/> رقم المطالبة <input type="checkbox"/> نفسك <input type="checkbox"/> الزوج(ة) <input type="checkbox"/> الوالدة(ة) <input type="checkbox"/> دخل الضمان التكميلي (SSI). <input type="checkbox"/> أخرى	<input type="checkbox"/> تم تقديم طلب لتلقي المخصصات. <input type="checkbox"/> تم رفض الطلب للمخصصات* <input type="checkbox"/> تم استئناف الرفض. <input type="checkbox"/> تم طلب عقد جلسة استماع.	

*قررت مصلحة الضمان الاجتماعي أنه ليس معاقاً / أنها ليست معاقة.

2. إذا تم رفض إعطاء المخصصات، فهل تغيرت المشكلة (المشاكل) الصحية التي يعاني منها الشخص؟ نعم لا

إذا كان الجواب بنعم، ◀ فأدرج من _____ تاريخ التغيير _____
 تفاقمت حالة المشكلة الصحية مشكلة صحية جديدة لديه / لديها أكثر من مشكلة صحية واحدة

P. مصاريف رعاية المعال والإعاقة المدفوعة بأمر من المحكمة

هل تحتاج إلى مزيد من الصفحات؟ نعم لا

1. هل أحد من أهل البيت ممن يعمل في عمل أو يدرس في مدرسة أو يذهب إلى برنامج تدريبي يدفع لخدمة رعاية طفل، أحد أفراد العائلة ذو إعاقة؟

نعم ◀ أكمل تعبئة الجدول أدناه (لا تشمل المبلغ الذي تدفعه DHS أو يدفعه أي شخص آخر). لا

الشخص الدافع	المبلغ المدفوع	وتيرة القيص	أسم الشخص (الأشخاص) المتلقي الرعاية
	_____ دولار	<input type="checkbox"/> كل أسبوع <input type="checkbox"/> مرتان في الشهر <input type="checkbox"/> كل شهر <input type="checkbox"/> أخرى	
	_____ دولار	<input type="checkbox"/> كل أسبوع <input type="checkbox"/> مرتان في الشهر <input type="checkbox"/> كل شهر <input type="checkbox"/> أخرى	
	_____ دولار	<input type="checkbox"/> كل أسبوع <input type="checkbox"/> مرتان في الشهر <input type="checkbox"/> كل شهر <input type="checkbox"/> أخرى	

2. هل أحد من أهل بيتك يدفع بموجب أمر من المحكمة أياً من التالي: إعالة الأطفال الإعاقة و/أو النفقة الزوجية؟

نعم ◀ إذا لم تضع علامة في أي من المربعين، فيجب تعبئة الجدول أدناه. لا

الشخص الدافع	أمر المحكمة / رقم الدعوى في جدول الدعاوي والمقاطعة التي صدر فيها الأمر	المبلغ المدفوع	لمن
	_____ دولار	_____ دولار	<input type="checkbox"/> أسبوع <input type="checkbox"/> شهر <input type="checkbox"/> أخرى
	_____ دولار	_____ دولار	<input type="checkbox"/> أسبوع <input type="checkbox"/> شهر <input type="checkbox"/> أخرى
	_____ دولار	_____ دولار	<input type="checkbox"/> أسبوع <input type="checkbox"/> شهر <input type="checkbox"/> أخرى

Q. المصاريف الطبية

هل تحتاج إلى مزيد من الصفحات؟ نعم لا

1. أدرج كل واحد كان لديه مصاريف طبية قام بدفعها أو لم يدفعها بعد لقاء خدمات تلقاها في الأشهر الثلاثة الماضية:

من؟ أي شهور؟ _____

أدرج كل واحد دفع أقساط التأمين الطبي في الأشهر الثلاثة الماضية:

من؟ أي شهور؟ _____

2. هل لدى أحد من أهل بيتك اي مصاريف طبية بشكل متواصل؟

نعم لا ضع علامة على كل ما هو ملائم وأكمل تعبئة الجدول أدناه. لا

الذي لديه المصروف	المصروف الطبي (المؤشر عليه أعلاه)	المبلغ التي يدفعها الشخص	كم مرة (شهرياً، سنوياً، إلخ).
رعاية طبية	الأدوية الموصوفة التي لا تتطلب إلى وصفة طبية		
رعاية الأسنان	الأدوية الموصوفة		
الاستشفاء في المستشفى	بطاقة الأدوية الموصوفة		
النقل لأغراض الرعاية الطبية (للحمل أو الرعاية المتواصلة)	أطقم الأسنان		
غرفة الطوارئ	نظارات		
منشأة ترفيهية	سماعات الأذن		
	الأطراف الاصطناعية		
	حيوان الخدمة		
	أتعاب ولي الأمر / الوصي		
	أقساط التأمين الصحي		
	قسط التأمين الطبي		
	معدات/ مستلزمات طبية		
	خدمات الرعاية الشخصية / المهام المنزلية		
	أخرى		

R. مصاريف المأوى

ضع علامة على المربعات الملائمة وأملء المبلغ.*

1. الإيجار _____ دولار (أدخل المبلغ الذي تدفعه فقط، وليس المبلغ الذي تدفعه HUD، أو برنامج "سكشن 8"، أو MSHDA، إلخ).

أسبوعياً شهرياً أخرى

تأمين المستأجر _____ دولار كل سنة (أجب على السؤال فقط إذا كنت مقدم طلباً للإعانة الطبية لمنشأة ترفيهية)

2. هل يدفع أحد لقاء:

الإيجار الذي يتضمن الوجبات الغذائية (مسكن في غرفة ومأكل) نعم لا أسبوعياً شهرياً أخرى لا

وجبات غذائية فقط (مأكل) نعم لا أسبوعياً شهرياً أخرى لا

3. إيجار قطعة أرض لمنزل متنقل؟ _____ دولار أسبوعياً شهرياً أخرى لا

4. قرض استملاك / منزل متنقل / عقد أرض _____ دولار أسبوعياً شهرياً أخرى لا

5. قرض استملاك ثاني على نفس المنزل أو على أساس حقوق الملكية _____ دولار أسبوعياً شهرياً أخرى لا

6. مصاريف المأوى التي تكون قواتيرها منفصلة عن دفعة الإيجار أو قسط الاستملاك العقاري: نوع الوقود (مثل: حطب، غاز، بروبين) _____

تدفئة (غاز، كهرباء، بروبين، حطب، إلخ).

تبريد (بما في ذلك مكيف تبريد الغرفة)

كهرباء (ليس للتدفئة)

الماء / المجاري

وقود الطبخ

خدمة النفايات / القمامة

هاتف

7. برنامج حسم التدفئة المنزلية (HHC) التابع لإدارة الخزانة المالية لولاية ميشيغان - للسنة المالية الجارية:

a. هل أحد من المتقدمين في أهل بيتك لبرنامج الإعانة الغذائية (FAP) تلقى إعانة حسم التدفئة المنزلية (HHC) للسنة الحالية؟

نعم لا

b. هل سيقوم أحد من أهل بيتك من المتقدمين لبرنامج الإعانة الغذائية (FAP) بتقديم طلب

أو يتوقع منه أو منها تقديم طلب لحسم التدفئة المنزلية (HHC) بشأن العنوان الحالي؟

نعم لا

*. إذا كنت تقدم طلباً إلى برنامج الإعانة الطبية فقط وكنت في منشأة ترفيهية ولديك زوج/زوجة أو معال يعيش في المنزل، فيجب عليك تعبئة القسم R. إذا كنت تقدم طلباً إلى الإعانة الطبية الأخرى فقط، فيمكنك أن تتجاوز تعبئة القسم R.

S. تلقى المخصصات



1. هل سبق لأحد من أهل بيتك أن تقدّم بطلب لتلقى المخصصات من ولاية ميشيغان أو تلقى المخصصات منها في أي وقت مضى؟ نعم لا
- ◀ إذا كان الجواب بنعم، فتحت أي اسم (أسماء) كان ذلك؟
(الاسم قبل الزواج، الكنية، الزوج السابق، إلخ)
- ◀ إذا كان الجواب بنعم، فهل لدى أحد بطاقة البريدج؟ نعم لا لمزيد من المعلومات عن البطاقات، راجع كتيب المعلومات.
- ◀ إذا كان الجواب بنعم، فمن هو؟
- ◀ إذا كان الجواب بنعم، فهل لدى أحد بطاقة mihealth؟ نعم لا
- من لا يكون لديه بطاقة mihealth؟
2. هل يتلقى أحد من أهل بيتك مخصصات من برنامج النساء والرضع والأطفال (WIC)؟ نعم لا
- ◀ إذا كان الجواب بنعم، فمن هو؟
3. هل يتلقى أحد من أهل بيتك مخصصات (نقدية) من برنامج عشائري للإعانة المؤقتة للعائلات المحتاجة (TANF)؟ نعم لا
- ◀ إذا كان الجواب بنعم، فمن هو؟
4. هل يتلقى أحد من أهل بيتك مدفوعات من الدعم المالي للتبني / إعانة الوصاية؟ نعم لا
- ◀ إذا كان الجواب بنعم، فمن هو؟

T. معلومات تحتاج DHS إلى معرفتها



أجب عن كل واحد في أهل بيتك

- هل سبق في أي وقت مضى تجريد أحد من الأهلية أو تخفيض مخصصاته أو توقيفها بسبب عدم التقيد بقواعد البرنامج؟ نعم لا
- ◀ إذا كان الجواب بنعم، فمن هو؟
- هل سبق في أي وقت مضى إدانة أحد بتهمة الاحتيال لتلقي الإعانة النقدية أو الغذائية من ولايتين أو أكثر في نفس المدة الزمنية؟ نعم لا
- ◀ إذا كان الجواب بنعم، فمن هو؟ ما هو البرنامج (البرامج)؟
- هل أحد هارب من المحاكمة بسبب جنائية متهم بها أو فار من السجن؟ نعم لا
- ◀ إذا كان الجواب بنعم، فمن هو؟
- هل أدين أحد في أي وقت مضى بجنائية متعلقة بالمخدرات وقعت بعد ٢٢ أغسطس، ١٩٩٦؟ نعم لا
- ◀ إذا كان الجواب بنعم، فمن هو؟ هل تم إدانة هذا الشخص أكثر من مرة واحدة؟ نعم لا
- هل أحد مخالف لبرنامج مراقبة السلوك (Probation) أو الإفراج المشروط (Parole)؟ نعم لا
- ◀ إذا كان الجواب بنعم، فمن هو؟

U. طلب تسجيل الناخب بولاية ميشيغان

نعم
لا

إذا لم يسبق لك التسجيل للتصويت في عنوان سكنك الحالي، فهل تريد التسجيل الآن للتصويت؟
ملاحظة: إذا لم تقم بوضع إشارة على أي من المربعين، فستفترض DHS أنك قررت أن لا تتسجل للتصويت في هذا الوقت.

تقديم طلب التسجيل للتصويت أو رفض تقديمه لن يكون له أي تأثير على قدر المساعدة التي ستقدمها هذه الإدارة. إذا كنت تريد مساعدة في تعبئة نموذج طلب الناخب، فسوف نساعدك في ذلك. وقرار السعي للحصول على المساعدة أو قبولها هو أمر عائد لك. يمكنك ملء نموذج طلب تسجيل الناخب في مكانك الخاص. وإن كنت تعتقد أن أحداً تدخل بحقك في أحد الأمور التالية:

- التسجيل للتصويت
 - رفض التسجيل للتصويت
 - الخصوصية في القرار ما إذا كنت تنوي التسجيل أو تقديم الطلب لتسجيل التصويت
 - إختيار الحزب السياسي الذي تنتمي إليه أو أفضليتك السياسية الأخرى،
- فيمكنك أن ترفع شكوى مع:

Secretary of State
PO Box 20126
Lansing, MI 48901-0726



V. الممثل أو ولي الأمر أو الوصي أو الشخص المساعد في هذا الطلب

نعم لا

1. إذا كنت مؤهلاً لتلقي الإعانة الغذائية، فهل تريد أن يكون لدى أحد آخر بطاقة البريد والوصول إلى مخصصاتك الغذائية لكي يتسوقها لك؟

إذا كان الجواب بنعم، فأدخل اسمه أو اسمها الكامل

(سيكون هذا الشخص ممتلك المفوض)

2. هل تقوم بملء هذا الطلب لأحد آخر؟
ضع علامة في أحد المربعين أو كلاهما.

نعم لا
نعم لا

هل تمثل الشخص الذي تقدم عنه؟

← إذا كان الجواب بنعم لأحد أو كلا السؤالين، فيجب إكمال تعبئة المعلومات التالية:

الاسم _____ رقم الهاتف _____

العنوان البريدي (الرقم، الشارع، الطريق الريفي، رقم الشقة / قطعة الأرض، صندوق البريد)

المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____

إذا كنت دون سن الـ 18، فهل أنت متزوج؟
نعم لا

صلة قرابة الممثل إلى طالب الإعانة (ضع علامة على كل من هو ملائم)

_____ قريب (حدد)
_____ وصي
_____ ولي الأمر
_____ أخرى (حدد)



تحت عقوبات شهادة الزور، أقسم أو أؤكد أنني تفحصت هذا الطلب أو قام أحد بقراءته لي وأن الحقائق صحيحة وكاملة إلى حد مبلغ علمي. وإذا كنت طرفاً ثالثاً أقدم طلباً بالنيابة عن شخص آخر، أقسم أن طالب الإعانة قد تفحص هذا الطلب أو تم قراءة نموذج الإيداع لطالب الإعانة، وأن الحقائق صحيحة وكاملة إلى حد مبلغ علمي.

وأشهد أنه استلمت نسخة وراجعتها وأوافق على الأقسام في كتيب الإعانة لطلب الإعانة التي تشرح كيفية التقديم إلى المساعدة وتلقيها: البرامج، الأشياء التي يجب عليك عملها، أشياء مهمة لمعرفة، اتفاقيات التسديد، والمعلومات عن أهل بيتك التي سيتم مشاركتها.

أشهد تحت عقوبة شهادة الزور أن جميع المعلومات التي كتبتها في هذا النموذج أو أخبرتها إلى الأخصائي المسؤول عني في DHS أو إلى ممثلي هي معلومات صحيحة. وأفهم أنه يمكن أن أحكم بتهمة شهادة الزور إذا أدليت عن قصد بمعلومات كاذبة أو مضللة، أو حرّفت الحقائق أو تكتمت عنها أو حجبها التي قد تسبب لي تلقي الإعانة التي لا ينبغي عليّ تلقيها أو تلقي قدر أقل من الإعانة عما ينبغي عليه. ويمكن أن أحكم بتهمة الاحتيال و/أو يُفرض عليّ تسديد المبلغ الذي تلقّيته عن خطأ. وأفهم أنه قد يُطلب مني أن أبين الإثبات لأي معلومات أعطيها.

عند انتهاء المقابلة الشخصية:

التاريخ	توقيع شاهد الإدارة/ العامل المسؤول عن خدمة العملاء المتنقلين	التاريخ	توقيع العميل أو الممثل

ملاحظات

الأشياء التي يجب عليك عملها (تتمة)

تسديد المخصصات الزائدة (لكافة البرامج)

الاسترداد. قد تحتفظ DHS بجزء من مخصصاتك التي ستصرف لك في وقت لاحق كتسديد للمخصصات الزائدة التي تلقيتها.

الإتجار. تُعامل مخصصات برنامج الإعانة الغذائية (FAP) التي تباع أو يباع بها كمخصصات زائدة ويجب تسديدها.

الإفصاح عن المعلومات. إذا تلقيت أو تلقي أحد من أهل بيتك مخصصات زائدة، فقد تعطى المعلومات الموجودة على طلب الإعانة الخاص بك بما في ذلك أرقام الضمان الاجتماعي إلى الوكالات الفيدرالية ووكالات الولاية والوكالات الخاصة من أجل المساعدة في شؤون تحصيل استردادها.

إذا تلقيت أو تلقي أحد من أهل بيتك مخصصات غير مؤهلين للحصول عليها، فيجب على البالغين في أهل البيت تسديد هذه المخصصات الزائدة. يجب تسديد هذه المخصصات حتى ولو لم يكن هناك احتيال. وإذا عملت DHS خطأ، فيجب على البالغين في أهل البيت تسديد المخصصات الزائدة المصروفة لجميع الحالات ما عدا حالات الإعانة الطبية.

بالنسبة لبرنامج الإعانة الغذائية (FAP)، قد يكون الممثل المفوض (أحد يمكنه الوصول إلى مخصصاتك الغذائية وتسوق المواد الغذائية لأجلك) مسؤولاً أيضاً عن تسديد المخصصات الزائدة لبرنامج الإعانة الغذائية (FAP).

إعطاء أرقام الضمان الاجتماعي (لمعظم البرامج)

ستساعدك DHS في التقديم للحصول على أرقام الضمان الاجتماعي. يجب إعطاء رقم الضمان الاجتماعي إلى DHS بمجرد حصولك عليه. وإذا لم تفعل ذلك، فقد تخفض مخصصاتك أو يُرفض طلبك أو قد يتطلب عليك تسديد القيمة الزائدة عن القيمة الصحيحة.

ستستخدم DHS أرقام الضمان الاجتماعي للتحقق ما إذا كنت مؤهلاً وإذا كنت تتلقى المخصصات الصحيحة. كما تستخدم DHS أرقام الضمان الاجتماعي للتحقق من المعلومات مع وكالات أخرى. (راجع "المعلومات عن أهل بيتك التي سيتم مشاركتها.")

بالنسبة لمعظم البرامج وعملاً بالقانون الفيدرالي USC 42-1320b-7، يجب عليك أن تعطي أرقام الضمان الاجتماعي لكل واحد من المتقدمين.

تتضمن الاستثناءات ما يلي:

- عند التقديم إلى خدمة رعاية الأطفال فقط، لا يتطلب منك إعطاء رقم الضمان الاجتماعي للبالغين أو للأطفال الذين لا يحتاجون إلى خدمة رعاية الأطفال.
- قد لا يزال يمكن لغير المواطنين الذين لا يمكنهم الحصول على رقم ضمان اجتماعي، أن يكونوا مؤهلين لتلقي الإعانة الطبية للخدمات الطارئة والحمل والولادة. (راجع "فيما يتعلق بالمواطنين وغير المواطنين")

السعي للحصول على مخصصات أخرى (لمعظم البرامج)

(Veterans Administration).

ستعلمك DHS إذا كان يتطلب منك التقديم للمخصصات.

وإذا لا تسعى الحصول على المخصصات عندما يتطلب منك عمل ذلك، فقد تقوم DHS بتخفيض مخصصاتك أو إغلاق حالتك أو رفض طلبك.

يجب عليك التقديم لمخصصات أخرى قد تكون مؤهلاً لها، مثل:

- مخصصات البطالة.
- مخصصات الضمان الاجتماعي ومخصصات دخل الضمان التكميلي (SSI).
- مخصصات من إدارة شؤون الجنود القدامى

تحصين الأطفال دون سن السادسة – تلقوا (برنامج استقلال العائلة – FIP)

يُعى الطفل من متطلبات التحصين، إذا كان:

- أقل من شهرين من العمر.
- التحصينات غير ملائمة طبيياً للطفل.
- التحصينات ضد المعتقدات الدينية للعائلة.

يجب تحصين الأطفال دون سن السادسة كما توصي به إدارة الصحة المجتمعية لولاية ميشيغان (Michigan Department of Community Health).

قد تخفض مخصصاتك النقدية بمقدار ٢٥ دولار كل شهر حتى يتم تحصين أطفالك حسب المفروض.

الأشياء التي يجب عليك عملها (تتمة)

إجراءات إعالة الأطفال (لمعظم البرامج)

(SER) للتقصير في الامتثال بأحد متطلبات برنامج استقلال العائلة (FIP).

عندما تحصل على المنحة المالية من برنامج استقلال العائلة (FIP) فانك تعطي (تتنازل عن) أي إعالة جارية لك (النفقة الزوجية) أو لأطفال قاصرين في منزلك (إعالة الأطفال) إلى DHS. وهذا يعني أنه عندما تحصل على منحة من برنامج استقلال العائلة (FIP)، فإن جزءاً من النفقة الزوجية أو إعالة الأطفال التي تحصل عليها من شخص آخر قد تذهب إلى DHS لتسديد قدر من منحة برنامج استقلال العائلة (FIP).

قد تحصل على دفعة إعالة الأطفال مستحقة لك أثناء وجودك في برنامج استقلال العائلة (FIP). وفي حال حصولك على دفعة إعالة الأطفال، فيجب عليك الاتصال بمكتب DHS المحلي التابع له لتستفسر ما إذا كان يحق لك الاحتفاظ بهذه الدفعة. وإذا قال لك الأخصائي المسؤول عنك في DHS أن الدفعة قد أرسلت إليك عن طريق الخطأ، فيجب عليك رد المال. وإذا لم تقم برّد المال، فقد تخسر منحة برنامج استقلال العائلة (FIP) الخاصة بك أو قد تخفض قيمتها.

إذا كان مبلغ الإعالة الذي تقوم DHS بتحصيله أكثر من منحة برنامج استقلال العائلة (FIP) الخاصة بك لعدد شهرين على الأقل، فقد تقوم DHS بإغلاق ملف حالتك في برنامج استقلال العائلة (FIP) لكي يمكنك استلام دفعات الإعالة بشكل مباشر.

إذا كنت تحصل على مخصصات الإعانة الطبية (MA) لأطفالك، فأنت تعطي (تتنازل عن) حقوقك للإعالة الطبية الجارية والماضية إلى إدارة الصحة المجتمعية (Michigan Department of Community Health: MDCH). وهذا يعني أنه عندما تحصل على مخصصات الإعانة الطبية (MA)، ستذهب دفعات الإعالة الطبية التي تحصل عليها من شخص آخر إلى MDCH.

التقيد بقواعد العمل والعقوبات (برنامج استقلال العائلة (FIP) أو برنامج إعانة اللاجئين (RAP)، وبرنامج الإعانة الغذائية (FAP))

تعتمد قواعد العمل التي تسري عليك سواءً كنت تتلقى الإعانة النقدية من برنامج استقلال العائلة (FIP) أو برنامج إعانة اللاجئين (RAP)، أو مخصصات من برنامج الإعانة الغذائية (FAP) بدون إعانة نقدية أو مخصصات من برنامج الإعانة الغذائية (FAP) لوقت محدود.

- احتساب جميع أشهر العقوبة تجاه حد الـ ٤٨ شهراً على مدى الحياة الخاص بك.
 - توقيف الإعانة النقدية لبرنامج إعانة اللاجئين (RAP) لمدة ثلاثة أشهر على الأقل (ولكن من المحتمل أن يكون بقية أهل بيتك مؤهلاً لها).
 - إذا كنت تتلقى منحة نقدية من برنامج استقلال العائلة (FIP) ومخصصات من برنامج الإعانة الغذائية (FAP)، فقد تقوم بالتالي:
 - توقيف أو تخفيض مخصصاتك من برنامج الإعانة الغذائية (FAP) لمدة شهر واحد على الأقل إذا لم يتم إعفاءك من قواعد العمل السارية على البرنامج.
 - احتساب مبلغ منحك من برنامج استقلال العائلة (FIP) كدخل.
- قواعد العمل لبرنامج الإعانة الغذائية (FAP). (ملاحظة: إذا كنت تتلقى مخصصات نقدية وغذائية معاً، فيجب عليك التقيد بقواعد العمل لبرنامج استقلال العائلة (FIP).

إذا كنت تعمل في وظيفة، فلا يجوز لك:

- أن تترك وظيفة تعمل فيها ٣٠ ساعة أو أكثر في الأسبوع.
 - أن تخفض طوعاً ساعات العمل دون الـ ٣٠ ساعة في الأسبوع بدون إعطاء مبرر وجيه.
- إذا كنت لا تعمل الآن أو تعمل أقل من ٣٠ ساعة في الأسبوع، فلا يجوز لك:
- أن ترفض عرضاً لوظيفة.
 - أن ترفض الاشتراك في أنشطة مفروضة ذات صلة بالتوظيف يجب عملها لكي تتلقى مخصصات برنامج الإعانة الغذائية (FAP).

إذا كنت تتلقى مخصصات من برنامج استقلال العائلة (FIP)، أو برنامج الإعانة الغذائية (FAP)، أو برنامج الإعانة الطبية (MA)، أو برنامج نمو ورعاية الأطفال (CDC) وكان لديك طفل قاصر في منزلك، حيث لا يعيش أحد أو كلا أبويه في منزلك، فسوف تستسلم رسالة من أخصائي شؤون الإعالة عن برنامج إعالة الأطفال. يجب عليك الاتصال بأخصائي شؤون الإعالة عندما تستلم الرسالة. ويجب عليك العمل مع المكتب المعني بشؤون إعالة الأطفال ومحامي الإدعاء المعين من مكتب المقاطعة وأصدقاء المحكمة.

المبرر الوجيه. لن تفرض عليك DHS متابعة قضية الأبوة أو الإعالة إذا كان لديك مبرر وجيه.

لكي تدعي أن لديك مبرر وجيه، يجب عليك إعلام الأخصائي المسؤول عنك في DHS به وأن تطلب تعبئة نموذج الإدعاء بمبرر وجيه ("Claim of Good Cause"). قد يُطلب منك تقديم الإثبات بذلك.

وإذا لم تتعاون مع إجراءات إعالة الأطفال عندما يقتضي عليك عمل ذلك، ولا يوجد لديك سبب لمبرر وجيه، ستقوم DHS بعمل كافة الأشياء التالية:

- توقيف صرف مخصصات الإعانة الغذائية من الشخص الذي لا يتعاون لمدة شهر واحد على الأقل.
- رفض طلب الإعانة الطبية أو توقيف المخصصات الطبية لمدة شهر واحد على الأقل. لن نرفض الطلب للمديكيد أو نوقف مخصصات المديكيد للأطفال أو النساء الحوامل.
- رفض طلب خدمة رعاية الأطفال أو توقيف مخصصات خدمة رعاية الأطفال لمدة شهر واحد على الأقل.
- رفض الطلب أو توقيف مخصصات الإعانة النقدية لكل أهالي البيت لمدة شهر واحد على الأقل.
- رفض الطلب المقدم للحصول على الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية.

قواعد العمل السارية على الإعانة النقدية من برنامج استقلال العائلة (FIP) أو برنامج إعانة اللاجئين (RAP). يجب على عائلتك استكمال ملء

أداة الفرز الآلي للعائلة (Family Automated Screening Tool: FAST) ووضع خطة الاكتفاء الذاتي للعائلة (Family Self-Sufficiency Plan: FSSP). ستسرد هذه الخطة أنشطة العمل التي يجب عليك القيام بها في وقت يصل إلى ٤٠ ساعة في الأسبوع لكي تتلقى الإعانة النقدية من برنامج استقلال العائلة (FIP) أو برنامج إعانة اللاجئين (RAP)، تضع تفاصيل هذه الخطة مع الأخصائي المسؤول عنك في DHS وبرنامج المشاركة في العمل.

يجب على البالغين الذين يتلقون الإعانة النقدية من برنامج استقلال العائلة (FIP) أو برنامج إعانة اللاجئين (RAP) القيام (على سبيل المثال وليس الحصر) بالتالي:

- استكمال أداة الفرز (أداة الفرز الآلي للعائلة (FAST))
- المساعدة في وضع خطة الاكتفاء الذاتي للعائلة (FSSP) والامتثال بها.
- عدم ترك الوظيفة أو رفض العمل في وظيفة ما أو تخفيض ساعات العمل.
- عدم الطرد من الوظيفة لأسباب سوء التصرف أو التغيب عن العمل.
- الامتثال بالعمل الموكل أو أنشطة الاكتفاء الذاتي أو كلاهما.

الجزءات لمخالفة قواعد العمل لبرنامج استقلال العائلة (FIP) أو برنامج إعانة اللاجئين (RAP). إذا خالفت قواعد العمل لبرنامج استقلال العائلة (FIP) أو برنامج إعانة اللاجئين (RAP) بدون تقديم مبرر وجيه (راجع "المبرر الوجيه" على الصفحة ١٣)، ستقوم DHS بالتالي:

- رفض طلبك (قد يمكنك التقديم من جديد).
- توقيف الإعانة المالية لسائر أفراد عائلتك من برنامج استقلال العائلة (FIP) لمدة ثلاثة أشهر للمخالفة الأولى وستة أشهر للمخالفة الثانية وبشكل دائم للمخالفة الثالثة.

يجب عليك قراءة كتيب المعلومات هذا قبل التوقيع على طلب الإعانة.

الأشياء التي يجب عليك عملها (تتمة)

- من المحتمل أن تنطبق عليك الأوقات المحددة الخاصة ومتطلبات العمل وذلك إذا كنت:
- شخصاً ليس لديك إعاقة.
- لا يقل عمرك عن ١٨ سنة ولكن دون سن الـ ٥٠، و
- تعيش في أهل بيت بدون أطفال دون سن الـ ١٨ (بغض النظر إذا كنت تمت لهم بقرابة أو لا).

العقوبات لمخالفة قواعد العمل لبرنامج الإعانة الغذائية. إذا كنت تتلقى مخصصات برنامج الإعانة الغذائية (FAP) وخالفت قواعد العمل بدون إعطاء مبرر وجيه، فسيتم توقيف مخصصاتك أو تخفيضها للأجل التالي:

- ما لا يقل عن شهر واحد للمرة الأولى، و
 - ستة أشهر لكل مرة تالية بعد المرة الأولى.
- قواعد الإعانة الغذائية لوقت محدود.** (ملاحظة: لا تكون الإعانات الغذائية لوقت محدود سارية دائماً، لهذا، عليك الاستفسار عنها من الأخصائي المسؤول عنك في DHS).

إرجاء قواعد العمل والمبرر الوجيه { برنامج استقلال العائلة (FIP) أو برنامج إعانة اللاجئ (RAP) وبرنامج الإعانة الغذائية (FAP) }

المسؤول عنك في DHS. ملاحظة: قد تتغير الأسباب للمبرر الوجيه. برنامج استقلال العائلة (FIP) أو برنامج إعانة اللاجئ (RAP) أو برنامج الإعانة الغذائية (FAP) - الأسباب الداعية لمبرر وجيه:

- حادثة غير مخطط لها أو عامل لا يسمح لك استيفاء قواعد العمل (مثل، العنف العائلي أو الديانة أو مخاطر على الصحة أو السلامة، أو التشرد).
- المرض أو الإصابة.
- طلبت خدمة رعاية الأطفال إلا أنها لم تقدم لك.
- طلبت خدمات النقل إلا أنها لم تقدم لك.
- الذهاب والإياب يستغرق وقتاً طويلاً (أكثر من ساعتين في اليوم أو أكثر من ثلاث ساعات في اليوم مع احتساب وقت الذهاب والإياب إلى مقدم خدمة رعاية الأطفال).
- تركت وظيفة لتشتغل في وظيفة مماثلة.
- تتطلب منك وظيفتك ارتكاب أنشطة غير قانونية.
- غير قادر جسدياً أو عقلياً للقيام بالوظيفة.
- قام رب عملك بالتمييز ضدك على أساس العمر، العرق، اللون، الجنس، المنشأ الوطني، الإعاقة، الديانة،... إلخ.
- تعمل ٤٠ ساعة في الأسبوع بأجر لا يقل عن حد الأجر الأدنى بالولاية.
- عدم تقديم ملاعقات ضمن المعقول.

برنامج الإعانة الغذائية (FAP) فقط – قد يكون لديك سبب لمبرر وجيه في الحالات التالية:

- إذا تم إرجاءك.
- إذا انتقلت إلى مكان آخر بسبب وظيفة أو تنقيف/ تدريب فرد آخر من أفراد أهل البيت.
- إذا كان لديك وظيفة تقتضي عليك أن تتقاعد أو تشترك أو تستقيل أو تمتنع عن الاشتراك في نقابة عمال أو منظمة.
- إذا كان لديك وظيفة في عمل موظفيه مضربين عن العمل أو في عمل يحجب العمال عن العمل.
- إذا كانت ظروف العمل غير معقولة.
- إذا عرضت عليك وظيفة خارج نطاق خبرة عملك خلال الـ ٣٠ يوم الأولى بصفة مشترك في برنامج الإعانة الغذائية (FAP) بعد تحديك من قبل DHS ملزم على العمل.
- إذا كان رب عملك غير قادر على الوفاء بوعده تشغيلك.

إرجاء قواعد العمل (الإعفاء منها). قد يُعفى بعض الأشخاص الذين يتلقون الإعانة النقدية أو الغذائية من قواعد العمل. إذا كنت تتلقى المساعدة النقدية من برنامج استقلال العائلة (FIP) وكنت معفياً من قواعد العمل، فقد يقتضى عليك عمل أنشطة أخرى. وإذا كنت تظن أنه ينبغي إعفاءك من قواعد العمل، فعليك أن تتحدث مع الأخصائي المسؤول عنك في DHS.

ملاحظة: قد تتغير الأسباب التي دعت إلى إعفائك.

قد تعفى من قواعد العمل لبرنامج استقلال العائلة (FIP) أو برنامج إعانة اللاجئ (RAP)، إذا كنت:

- دون سن الـ ١٦.
- ٦٥ سنة من العمر أو أكبر سناً من ذلك.
- والد(ة) طفل رضيع دون الشهرين (٢) من العمر. قد يتم تعيينك في أنشطة تعزيز العائلة بمجرد أن يصبح عمر طفلك الرضيع ستة أسابيع.
- تعمل ٤٠ ساعة في الأسبوع.
- الاعتناء بطفل ذو إعاقة أو بزوجة (ة) ذو إعاقة (ويعتمد هذا على احتياجات الشخص ودوام الطفل في المدرسة).
- شخص يعاني من إعاقة أو قيود طبية.
- المعاناة من حالة العنف العائلي (خاضع لتحديد DHS).

قد تعفى من قواعد العمل لبرنامج الإعانة الغذائية (FAP) إذا كنت:

- ٦٠ سنة من العمر أو أكبر سناً من ذلك.
- الاعتناء شخصياً بطفل دون سن السادسة من العمر يتلقى مخصصات من برنامج الإعانة الغذائية (FAP) على حالتك.
- العمل ٣٠ ساعة في الأسبوع أو كسب الأجر الأدنى على الأقل ضرب ٣٠ ساعة في الأسبوع.
- المواظبة في مدرسة ثانوية أو برنامج تعليمي للبالغين أو برنامج دبلوم الكفاءة العامة (GED) ما لا يقل عن نصف الوقت.
- مصاب بإصابة أو مريض أو تعنتي شخصياً بأحد من أفراد أهل البيت يعاني من إعاقة.
- حامل في الشهر السابع إلى التاسع.
- حامل مع مضاعفات طبية.
- تقديم طلب لبرنامج الإعانة الغذائية (FAP) في مكتب الضمان الاجتماعي.
- داخل في برنامج علاج أو إعادة تأهيل لسوء استخدام المواد المخدرة.
- مقدم طلب لتتلقى مخصصات البطالة أو تتلقاها حالياً.
- استئناف رفض طلب مخصصات البطالة.

المبرر الوجيه. يحق لك الإدعاء بمبرر وجيه إذا كنت تعتقد إنه ينبغي إعفاؤك من قواعد العمل لبرنامج استقلال العائلة (FIP) أو برنامج إعانة اللاجئ (RAP) و/أو برنامج الإعانة الغذائية (FAP). وإذا كنت تظن أن لديك سبباً لمبرر وجيه، فعليك الاتصال فوراً بالأخصائي

يجب عليك قراءة كتيب المعلومات هذا قبل التوقيع على طلب الإعانة.

أشياء مهمة لمعرفة

العقوبات أو مخالفة البرنامج عن عمد أو الاحتيال (برنامج الإعانة الغذائية (FAP)، برنامج استقلال العائلة (FIP)، إعانة الإعاقة من الولاية (SDA)، برنامج نمو ورعاية الأطفال (CDC))

مخالفة البرنامج عن عمد هي عندما تدلي ببيان كاذب أو مضلل، تكتم الحقائق أو تحرفها أو تحجبها عن قصد من أجل تلقي مخصصات إضافية أو الاستمرار في تلقيها.

الاحتيال / مخالفة البرنامج عن عمد – إذا رأينا أنك ارتكبت احتيالياً/ مخالفة البرنامج عن عمد، فقد نعدّد جلسة استماع إدارية، ونوجه تهماً جنائية ضدك، أو نطلب منك أن توقع طوعاً اتفاق تجريد الأهلية من البرنامج.

الاتجار بمخصصات برنامج الإعانة الغذائية (FAP) – قد تكون أيضاً مذنباً بارتكاب احتيال / مخالفة البرنامج عن عمد إذا تاجرت أو بعثت مخصصات برنامج الإعانة الغذائية (FAP) أو بطاقة "بريدج". لا يجوز لك استخدام مخصصات برنامج الإعانة الغذائية (FAP) أو بطاقات "بريدج" تخص أهل بيت آخر لمنفعة أهل بيتك. ولا يجوز لك استخدام مخصصات برنامج الإعانة الغذائية (FAP) أو بطاقات "بريدج" لشراء أي شيء آخر غير المواد الغذائية أو البذور والنباتات لزرعها لاستخدامها كطعام لأهل بيتك.

وإذا أثبت في المحكمة أنك مذنب بتهمة **الاحتيال**:

- ستخضع إلى عقوبات جنائية (مثل، غرامات تصل إلى ٢٥٠٠٠٠ دولار، الحكم بالسجن / الحبس إلى ٢٠ سنة أو كلاهما). قد تتهم بموجب قوانين فيدرالية أخرى وقد تمنعك المحكمة من تلقي المخصصات لفترة ١٨ شهراً إضافية، و
- يجب عليك تسديد أي مخصصات زائدة تلقيتها بسبب الاحتيال / مخالفة البرنامج عن عمد، و
- ستجرد من الأهلية من تلقي مخصصات برنامج استقلال العائلة (FIP) / إعانة الإعاقة من الولاية (SDA) و/أو برنامج الإعانة الغذائية (FAP) – راجع الجدول أدناه.

وإذا أثبت أنك مذنب **بمخالفة البرنامج عن عمد** في جلسة استماع إدارية، أو قمت طوعاً بتوقيع تجريد الأهلية:

- ستجرد من الأهلية لتلقي مخصصات برنامج استقلال العائلة (FIP) / إعانة الإعاقة من الولاية (SDA) و/أو برنامج الإعانة الغذائية (FAP) – راجع الجدول أدناه، و
- يجب عليك تسديد أي مخصصات زائدة تلقيتها بسبب الاحتيال / مخالفة البرنامج عن عمد.

عقوبات برنامج نمو ورعاية الأطفال (CDC) - قد ينجم عن مخالفة برنامج نمو ورعاية الأطفال فرض جزاءات لمدة ٦ أشهر أو ١٢ شهراً أو لمدى الحياة.

إذا تفعل أياً من التالي:	عقوبات برنامج نمو ورعاية الأطفال (CDC)
<p>إدلاء بيان كاذب أو مضلل.</p> <p>التكتم عن الحقائق أو تحريفها أو حجبها من أجل تلقي المخصصات أو الاستمرار في تلقيها.</p> <p>المتاجرة أو البيع بقدر يقل عن ٥٠٠ دولار من مخصصات برنامج الإعانة الغذائية (FAP) أو بطاقات "بريدج".</p> <p>استخدام مخصصات برنامج الإعانة الغذائية (FAP) لشراء أشياء غير مؤهلة بموجب البرنامج مثل المشروبات الكحولية أو التبغ والتبناك.</p> <p>استخدام مخصصات برنامج الإعانة الغذائية (FAP) أو بطاقات "بريدج" تخص أهل بيت آخر لأهل بيتك.</p>	<p>ستخسر مخصصات برنامج استقلال العائلة (FIP) / إعانة الإعاقة من الولاية (SDA) للمدة التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • سنة واحدة للمخالفة الأولى. • سنتان للمخالفة الثانية. • مدى الحياة للمخالفة الثالثة.
<p>إدانة من محكمة أو تبين أنك مذنب من جلسة استماع إدارية للكذب عن هويتك الشخصية أو مكان سكنك لكي تتلقى مخصصات من حالتين أو أكثر في نفس الوقت.</p>	<p>ستخسر مخصصات برنامج الإعانة الغذائية (FAP) للمدة التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ١٠ سنوات
<p>إدانة في محكمة للكذب عن هويتك الشخصية أو مكان سكنك لكي تتلقى مخصصات* من حالتين أو أكثر في نفس الوقت.</p> <p>*تتضمن المخصصات البرامج الممولة بموجب الباب الرابع - A من قانون الضمان الاجتماعي، المديكيد ودخل الضمان الاجتماعي التكميلي. لن توفّق هذه العقوبة من تلقي الإعانة الطبية (MA)</p>	<p>ستخسر مخصصات برنامج استقلال العائلة (FIP) للمدة التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ١٠ سنوات
<p>إذا أدانت المحكمة أي فرد من أفراد أهل بيتك بشأن:</p> <ul style="list-style-type: none"> • المتاجرة بمخصصات برنامج الإعانة الغذائية (FAP) لقاء المخدرات. 	<p>ستخسر مخصصات برنامج الإعانة الغذائية (FAP) للمدة التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • سنتان للجرم الأولى. • مدى الحياة للجرم الثاني.
<p>إذا أدانت المحكمة أي فرد من أفراد أهل بيتك بشأن:</p> <ul style="list-style-type: none"> • المتاجرة بمخصصات برنامج الإعانة الغذائية لقاء الأسلحة أو الذخيرة أو المتفجرات. • المتاجرة أو شراء أو بيع مقدار ٥٠٠ دولار أو أكثر من مخصصات برنامج الإعانة الغذائية لأي شيء غير المواد الغذائية. 	<p>ستخسر مخصصات برنامج الإعانة الغذائية (FAP) للمدة التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • مدى الحياة.

يجب عليك قراءة كتيب المعلومات هذا قبل التوقيع على طلب الإعانة.

أشياء مهمة لمعرفةا (تتمة)

الشكاوى العامة

Michigan Department of Human Services
Specialization Action Center
235 S. Grand Avenue
PO Box 30037
Lansing, MI 48909
أو يمكن للعملاء الاتصال بـ 1-855-275-9242 أو 1-855-ASK-MICH

يحق للعملاء تقديم الشكاوى العامة عن أمور غير متعلقة بحق تقديم الطلبات أو عدم التمييز أو مسائل جلسات الاستماع. يمكن إرسال الشكاوى إلى العنوان التالي:

الحقوق في جلسات الاستماع

- بالنسبة لبرنامج الإعانة الغذائية (FAP) فقط، يمكنك طلب عقد جلسة الاستماع شفهيًا أو شخصيًا أو هاتفياً.
- يجب أن يكون الطلب لعقد جلسة الاستماع موقعاً منك أو من أحد والديك أو زوجك أو محام أو ولي أمر معين من المحكمة، أو الوصي أو أي أحد آخر تسميه في بيان موقع.

سترفض دائرة جلسات الاستماع الإدارية لولاية ميشيغان (Michigan) **Michigan (Administrative Hearings Service: MAHS)** طلبك لعقد جلسة استماع في الحالات التالية:

- إذا استلمنا طلبك في مدة أكثر من ٩٠ يوماً بعد أن أرسلنا إليك بالبريد إشعار رفض طلبك لتلقي المخصصات أو إنهاء المخصصات أو تخفيضها.
- إذا لم يستطع الشخص الذي وقّع على طلب عقد جلسة الاستماع إبراز أمر المحكمة أو بياناً موقعاً من قبلك ولم يكن محاميك أو زوجك أو أحد والديك.

إذا كنت تعترض على قرار اتخذته DHS بشأن رفض طلبك أو تخفيض المخصصات أو إنهائها، فلك الحق أن تطلب عقد جلسة استماع. إذا استلمت إشعاراً لتخفيض مخصصاتك أو إلغائها، وقمت بطلب عقد جلسة استماع في غضون ١١ يوماً من تاريخ سريان مفعول الإجراء، سيستمر صرف مخصصاتك حتى عقد جلسة الاستماع، ويسرى هذا على معظم الحالات. يجوز لأحد آخر أن يمتلك في جلسة الاستماع، كصديق أو قريب أو محام.

كيفية طلب عقد جلسة الاستماع:

- أحضر بنفسك طلب خطي موقع لعقد جلسة استماع* أو أرسله بريدياً إلى مكتب DHS التابع لك.

* نموذج DHS-18 متوفر إلكترونياً على العنوان التالي:

www.michigan.gov/dhs-forms

إذا كنت تظن أننا قمنا بالتمييز ضدك

أو للاتصال بها هاتفياً اتصل برقم الاتصال المجاني (866) 632-9992 (صوت). يمكن للأشخاص الذين يعانون من ضعف في السمع أو إعاقات في النطق الاتصال بإدارة الزراعة الأمريكية (USDA) من خلال خدمة المرحل الفيدرالية (Federal Relay Service) على الرقم (800) 877-8339؛ أو الرقم (800) 845-6136 (للناطقين باللغة الإسبانية). لمراسلة إدارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (HHS)، أكتب إلى العنوان التالي: HHS, Director, Office for Civil Rights, DHHS, 233 N. Michigan Ave., Suite 240, Chicago, IL 60601 أو للاتصال بها هاتفياً، فاتصل بالرقم (312) 886-2359 (صوت)؛ (312) 353-5693 (TDD)؛ فاكس: (312) 886-1807.

”إدارة الزراعة الأمريكية (USDA) وإدارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (HHS) تتقيدان بتكافؤ الفرص في تقديم الخدمات والتوظيف.“

”وفقاً للقانون الفيدرالي وسياسة إدارة الزراعة الأمريكية (U.S. Department of Agriculture: USDA) وإدارة الصحة والخدمات الإنسانية (U.S. Department of Health and Human Services: HHS) تمنع هذه المؤسسة من التمييز على أساس العرق أو اللون أو المنشأ الوطني أو الجنس أو العمر أو الإعاقة. وبموجب قانون القسائم الغذائية (Food Stamp Act) وسياسة إدارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يكون التمييز ممنوعاً أيضاً على أساس الدين والعقائد السياسية.“

لإيداع شكوى تمييزية، يجب الاتصال بإدارة الزراعة الأمريكية (USDA) أو إدارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (HHS). لمراسلة إدارة الزراعة الأمريكية، أكتب إلى العنوان التالي:

USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. 20250-9410

العرق والإثنية

العرق أو اللون أو المنشأ الوطني.
* إذا اخترت عدم الإجابة على هذه الأسئلة، فقد يقوم الأخصائي المسؤول عنك في DHS باختيار جواب عنك.

الإجابة على الأسئلة المتعلقة بالعرق والإثنية هو أمر طوعي. إذا لم تجاب على هذه الأسئلة، فلن يكون لذلك تأثير على أهليتك أو مستويات مخصصاتك. * تُجمع المعلومات من أجل التأكد أن مخصصات البرنامج توزع بدون أي اعتبار إلى

فيما يتعلق بالمواطنين وغير المواطنين

يؤثر على وضع الهجرة الخاص بك. وإذا كنت مقيماً هنا بطريقة غير شرعية، فيمكن أن يؤثر على قدرتك على البقاء في الولايات المتحدة.

بالنسبة لبعض البرامج، على الأشخاص الذين يدعون أنهم من حملة المواطنة (الجنسية) الأمريكية أن يقدموا إثباتاً بمواظمتهم وهويتهم. تتضمن الإثباتات المقبولة للمواطنة على سبيل المثال وليس الحصر، جواز السفر الأمريكي، شهادة التجنس، سجل ولادة حكومي أمريكي يبين أن الولادة حصلت في الولايات المتحدة أو في الأقاليم التابعة للولايات المتحدة.

الأشخاص الذين يتلقون مخصصات دخل الضمان التكميلي (SSI)، أو الضمان الاجتماعي، أو المديكير، أو إعانة التبني؛ والأطفال في الرعاية البديلة “فoster كير”، والأطفال حديثي الولادة الذين تم تسليمهم إلى السلطات عبر “عبر قانون” التسليم الآمن (Safe Delivery) لا يتطلب منهم تقديم إثبات المواطنة الأمريكية لبرنامج DHS.

أرقام الضمان الاجتماعي وأوراق الهجرة غير مطلوبة للشخص الذي:

- لا يكون مقدماً للمساعدة.
- لا يكون مواطناً وبدون أوراق إقامة قانونية مقدماً فقط للإعانة الطبية لخدمات طارئة أو حمل أو ولادة.
- يكون مقدماً لخدمة رعاية الأطفال. (يجب عليك إعطاء رقم الضمان الاجتماعي للطفل ويجب على الطفل أن يكون مواطناً أمريكياً أو إبراز أوراق الهجرة).

لا يزال يستطيع أفراد أهل البيت الآخرين المؤهلين تلقى المساعدة.

قد يتطلب منك تقديم معلومات عن دخل وأصول جميع الأشخاص في أهل بيتك، حتى ولو لم يكونوا مقدمين.

إن تلقي الإعانة الغذائية أو الإعانة الطبية أو الإعانة في الحالات الطارئة لن

يجب عليك قراءة كتيب المعلومات هذا قبل التوقيع على طلب الإعانة.

أشياء مهمة لمعرفةا (تتمة)

الأشخاص ذوي إعاقة

إذا رُفض طلبك للمساعدة لذوي الاحتياجات الخاصة أو طلبك لاستثناء يلزمك بسبب إعاقة، وترى أن الرفض كان خاطئاً فيمكنك أن ترفع شكوى تمييزية إلى:

DHS, Americans with Disabilities Act Coordinator

P.O. Box 30037, Suite 1412

Lansing, MI 48909

(517) 373-8520

لا يتطلب منك أن تخبرنا عن الإعاقات، ولكن هناك بعض المساعدة متوفرة فقط للأشخاص ذوي الإعاقة. إذا كنت تعاني أو كان أحد من أهل بيتك يعاني من إعاقة، فيمكننا عمل استثناءات لذلك أو نقدم لك مساعدة خاصة.

أخبر الأخصائي المسؤول عنك في DHS إذا كنت تتطلب إلى مساعدة.

إذا لم تقم بإخبارنا عن إعاقة تعاني منها الآن، فيمكنك إخبارنا ذلك في وقت لاحق.

العنف العائلي

من المعلومات أو للوصول إلى هذه الخدمات.

الموارد:

- إلكترونيًا على العنوان التالي:
www.michigan.gov/heatingassistance
- نشرة DHS رقم 859، بعنوان "Is Someone Hurting You or Your Children?" (هل يؤذي أحدك أو يؤذي أطفالك أحد؟) (كما أن هذه النشرة متوفرة باللغة الإسبانية) – إلكترونيًا على العنوان التالي:
www.michigan.gov/dhs-publications

قد تكون قادرين على التنازل عن بعض متطلبات البرنامج (مثل العمل، أو التفتيش عن وظيفة، أو السعي للحصول على إعالة الطفل أو الذهاب إلى المدرسة) إذا كان الاشتراك:

- سيضعك أو سيضع أحد أفراد العائلة في موضع خطر الأذى الجسدي أو العاطفي.
- سيضررك إلى انتهاك جنسي.
- أو سيكون مجحفًا بحقك.

لديك إذن لتلقي خدمات عنف عائلي شاملة. يجب الاتصال بمكتب DHS في منطقتك أو بالأخصائي المسؤول عنك في DHS للحصول على مزيد

إذا كنت تتلقى مخصصات عائلية

قد تتلقى المنظمات العائلية أموالاً لأجل برنامج إعانة لذوي الدخل المنخفض في مصاريف الطاقة المنزلية (LIHEAP) من الحكومة الفيدرالية. تقتصر الدفعات على أعلى مبلغ متوفر إما من DHS أو من المنظمة العائلية. ستطلب منك DHS أن تقدم الإثبات بدفعة برنامج الإعانة لذوي الدخل المنخفض في مصاريف الطاقة المنزلية (LIHEAP) العائلية التي تتلقاها.

لا يمكنك أن تتلقى مخصصات غذائية من برنامج توزيع غذائي عائلي ومن برنامج الإعانة الغذائية في نفس الوقت.

لا يمكنك أن تتلقى الإعانة المؤقتة للعائلات المحتاجة (TANF) العائلية (إعانة نقدية) من عشيرة ما وتتلقى المخصصات النقدية لبرنامج استقلال العائلة (FIP) من DHS في نفس الوقت.

بطاقة "بريدج" (Bridge Card)

يجب عليك الاتصال بقسم خدمة الزبائن في قسم التحويل الإلكتروني للمخصصات على رقم الاتصال المجاني 1-888-678-8914 من أجل:

- التبليغ عن بطاقة مفقودة أو مسروقة أو تالفة.
- طلب بطاقة بدل ضائع أو تالف (قد يخفض مخصصاتك عند طلب بطاقة "بريدج" بدل ضائع أو تالف).
- تأسيس الرقم التعريفي الشخصي (PIN) أو تغييره.
- معرفة رصيدك.

يمكن الوصول إلى الإعانة النقدية أو المخصصات الغذائية أو إلى كلاهما باستخدام بطاقة الدفع الفوري (Debit Card). وتسمى هذه البطاقة ببطاقة "بريدج" أو بطاقة التحويل الإلكتروني للمخصصات (Electronic Benefit Transfer: EBT).

لا يمكنك تحويل بطاقة الـ"بريدج" الخاصة بك أو تمويهها بأي طريقة، وإذا قمت بذلك، فقد تواجه عقوبة.

اتفاقيات التسديد

بتوقيعك على طلب الإعانة، فأنت توافق على هذه الأشياء:

استرداد التكاليف الطبية {الإعانة الطبية (MA)، البرنامج الطبي للبالغين (AMP)}

شخص ثالث أو مقاول عام أو خاص. يجب أن تُدفع أي دفعة مستردة تتلقاها إلى State of Michigan, MDCH. الاستثناء: لا تسترد الدفعات من المديكير.

إذا قام أي برنامج تتولى إدارته إدارة الصحة المجتمعية لولاية ميشيغان (Michigan Department of Community Health: MDCH) بدفع تكاليف المستشفى أو الخدمات الجراحية أو الطبية، فأنت توافق على أن حق استرداد الدفعات (من التأمين، الدعوي، ... إلخ) محوّل إلى إدارة الصحة المجتمعية لولاية ميشيغان (MDCH). ويتضمن هذا دفعات من

الإسترداد من التركة {الإعانة الطبية للرعاية المديدة (MA-LTC)}

أو معاق. تتألف التركة من الممتلكات العقارية والشخصية. يسري الإسترداد من التركة فقط على بعض المتلقين لمخصصات المديكير الذين تلقوا خدمات المديكير بعد تاريخ تنفيذ البرنامج. قد توافق MDCH على عدم ملاحقة الإسترداد في حال وجود مشقة زائدة عن اللزوم.

أفهم أنه لدى إدارة الصحة المجتمعية لولاية ميشيغان (Michigan Department of Community Health: MDCH) الحق الشرعي أن تسعى عند وفاتي لأن تسترد من تركتي تكاليف الخدمات المدفوعة من المديكير. لن تقوم MDCH بإيداع مطالبة ضد التركة أثناء وجود الزوج الوريث الشرعي (الزوجة الوريثة الشرعية) أو أن يكون الوريث الشرعي ولداً دون سن الـ ٢١ من العمر، أو أعمى

المبالغ المدفوعة دفعة واحدة والمخصصات المتركمة {فيما يتعلق ببرنامج إعانة الإعاقة من الولاية (SDA) وبرنامج استقلال العائلة (FIP) الممول من الولاية}

وتوافق على أن تسمح لمصلحة الضمان الاجتماعي (Social Security Administration) أن تدفع إلى DHS مبلغ الإعانة الممول من الولاية الذي تتلقاه بينما تكون مطالبتك لتلقي الـ SSI قيد النظر.

إذا أرسلت إليك الدفعة الأولى للمخصص المتراكم، فأنت توافق على أن تدفع فوراً إلى DHS لقاء الإعانة الممولة من الولاية التي تلقيتها بينما كانت مطالبتك قيد النظر.

إذا كنت تعترض على المبلغ الذي تحتفظ به DHS، فراجع قسم "الحقوق في جلسات الاستماع".

إذا كنت تتلقى مخصصات برنامج إعانة الإعاقة من الولاية (SDA)، فأنت توافق على تسديدها إلى DHS في حال تلقيك التالي:

- مدفوعات المبالغ المدفوعة دفعة واحدة مثل الميراث وتسوية التأمين، ... إلخ، أو
 - المخصصات المتركمة التي تدفع على نحو رجعي مثل مخصصات البطالة أو تأمين تعويض العمال ("وركرز كومبنسيتيشن").
- إذا كنت تتلقى إعانة الإعاقة من الولاية (SDA) أو مخصصات برنامج استقلال العائلة (FIP) الممول من الولاية، فأنت توافق على تسديدها إلى DHS إذا تلقيت مخصصات الـ SSI بمفعول رجعي.

المعلومات التي سيتم مشاركتها مع الغير عن أهل بيتك

بتوقيعك طلب الإعانة، فأنتك توافقك أن DHS يمكنها أن تشارك المعلومات عنك وعن أهل بيتك مع الغير، وأنه يمكن للوكالات الأخرى أو الأشخاص الآخرين إعطاء هذه المعلومات عنك، على النحو المبين أدناه:

المعلومات التي ستحصل عليها DHS من الآخرين

ورعاية الأطفال (CDC) ومقدار الدفعات.

التحقق عبر الأجهزة الحاسوبية "كوميبيوتر" (لكافة البرامج) - ستراجع DHS الوكالات الفيدرالية والولاية والخاصة لكي تتأكد من صحة المعلومات التي تدلي بها على طلب الإعانة. قد تتحقق DHS من صحة الأجور والدخل والأصول ومخصصات البطالة ومبالغ ضريبة الدخل المستردة ومخصصات وأرقام الضمان الاجتماعي وإعالة الأطفال ووضع الهجرة،...إلخ.

إذا قمت بإعطاء أي معلومات غير مطابقة، فستتحقق DHS من صحتها. قد يُطلب منك إعطاء الإذن للاتصال بأرباب العمل والبنوك والأشخاص الآخرين.

كما ستتحقق DHS من صحة المعلومات لديها مع السجلات الموجودة لدى الولايات الأخرى. كما قد يرفض طلبك للمخصصات في ولاية ميشيغان إذا تم تجريديك أو تجريد أحد من أهل بيتك من الأهلية في ولاية أخرى.

المعلومات التي ستعطيها DHS إلى الآخرين

برنامج نمو ورعاية الأطفال (CDC) - سترسل DHS معلومات وإشعارات إلى مقدم خدمة رعاية الأطفال الخاص بك عندما يقوم برنامج نمو ورعاية الأطفال (CDC) باتخاذ التالي:

- رفض الطلب أو سحبه.
- اعتماد الدفعات أو تغييرها.
- إغلاق الحالة.

الأجانب المقيمون إقامة غير شرعية - قد ترسل DHS المعلومات عن بعض الأجانب المقيمين إقامة غير شرعية إلى إدارة الأمن الداخلي (Department of Homeland Security).

تنسيق الرعاية الصحية

معلومات عنك أو عن طفلك أو القاصر الذي تكون ولي أمره {الإعانة الطبية (MA)} - قد يتم مشاركة المعلومات الضرورية بين خطط وبرامج الرعاية الصحية المدارة التابعة لبرنامج المديكيذ التي تكون مشتركا فيها. قد تتشارك الخطط الصحية والبرامج ويتشارك مقدمو الخدمات الذين يقومون بإيتاء الرعاية الصحية لك المعلومات الضرورية من أجل إدارة وتنسيق الرعاية الصحية والمخصصات. قد تتضمن هذه المعلومات، أينما تكون ملائمة، معلومات ذات صلة بالـ HIV (فيروس العوز المناعي البشري) أو الأيدز - AIDS (متلازمة العوز المناعي المكتسب) أو المعقد المرتبط بالأيدز (ARC) أو الأمراض السارية الأخرى، معلومات عن خدمات الصحة السلوكية أو العقلية، والإحالة أو العلاج للحالات المتعلقة بالكحول وسوء استخدام المخدرات والعقاقير كما يسمح به الجزء الثاني من مدونة الأنظمة الفيدرالية رقم 42 (42 CFR Part 2).

معلومات من مصلحة الضمان الاجتماعي (Social Security Administration) (لكافة البرامج). توافق على أنه يجوز لمصلحة الضمان الاجتماعي أن تعطي DHS كافة المعلومات اللازمة لتحديد أهليتك.

تحقيقات مراقبة الجودة (لكافة البرامج) - قد تختار DHS حالتك لاستعراض مراقبة الجودة. إذا اختيرت حالتك، فسيصل بك كل من DHS وأشخاص آخرون والموظفون و/أو الوكالات لإثبات المعلومات المقدمة على طلب الإعانة الخاص بك.

تحقيق جهات إنفاذ القانون {برنامج الإعانة الغذائية (FAP)} وبرنامج استقلال العائلة (FIP) وبرنامج الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية (SER) - تتلقى DHS معلومات من جهات إنفاذ القانون الرسمية لأغراض القبض على الفارين من القانون.

معلومات الفوترة لخدمة رعاية الأطفال {برنامج نمو ورعاية الأطفال (CDC)} - سنستخدم DHS المعلومات القادمة من مقدم خدمات رعاية الأطفال الخاص بك ومنك من أجل تحديد الأهلية لبرنامج نمو

تحقيق جهات إنفاذ القانون {برنامج الإعانة الغذائية (FAP)} وبرنامج استقلال العائلة (FIP) وبرنامج الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية (SER) - تتلقى DHS معلومات من جهات إنفاذ القانون الرسمية لأغراض القبض على الفارين من القانون.

معلومات الأهلية {برنامج الإعانة الغذائية (FAP)} - سترسل DHS معلومات الأهلية لبرنامج الإعانة الغذائية (FAP) إلى المدارس. ستسمح هذه المعلومات لطفلك (أطفالك) أن يتلقى وجبات غذائية مجانية أو بتكلفة منخفضة.

• تنسيق برامج الرعاية الصحية ومقدمي الرعاية {الإعانة الطبية (MA)} - يعتمد برنامج الإعانة الطبية التابع للولاية على عدد كبير من البرامج الصحية ذات الرعاية المدارة، وبرامج الصحة العقلية وبرنامج سوء استخدام المواد المخدرة، ومقدمي الرعاية في القطاع الخاص لإيتاء رعاية ذات جودة لأشخاص مثلك.

وللتأكد بأنك تتلقى أعلى مستوى من الرعاية وأن مخصصاتك منسقة، فقد يتشارك مقدمو الخدمات في البرنامج معلومات عن رعايتك (أو رعاية طفلك أو القاصر الذي تكون ولي أمره) مع مقدمي خدمات آخرين في البرنامج وعندما يتطلب الأمر إلى هكذا معلومات واستشارات من الناحية السريرية (الإكلينيكية).

مراجع المواقع الإلكترونية

- www.michigan.gov/mdcd التعليم المهني وبرامج القوى العاملة:
- www.michiganeic.org الحسم الضريبي على أساس الدخل المكتسب:
- www.michigan.gov/heatingassistance برامج الإعانة في مصاريف الطاقة:
- أداة الفرز الآلي للعائلة (FAST: Family Automated Screening Tool):
www.michigan.gov/fast
- أداة الأهلية والفرز المسبق لبرنامج خدمات الإعانة والإحالة لولاية ميشيغان
(Michigan Assistance and Referral Services: MARS) www.michigan.gov/mars
ملاحظة: لتتبين إذا كنت مؤهلاً لأي من برامجنا، يمكنك زيارة الموقع الإلكتروني MARS. ستسأل عن معلومات حول عائلتك وأهل بيتك للمساعدة في تحديد أهليتك.
- إدارة الصحة المجتمعية لولاية ميشيغان
(Michigan Department of Community Health: MDCH) www.michigan.gov/mdch
 - أنماط الحياة الصحية: www.michiganstepsup.org
 - المكتب المعني بخدمات المسنين: www.michigan.gov/miseniors
 - برنامج النساء والرضع والأطفال (WIC: Women, Infants and Children):
www.michigan.gov/wic
- إدارة الخدمات الإنسانية لولاية ميشيغان (Michigan Department of Human Services: DHS) www.michigan.gov/dhs
 - الإعانة النقدية www.michigan.gov/dhs-cash
 - الإعانة النقدية - SSI www.michigan.gov/dhs-ssi
 - رعاية الأطفال www.michigan.gov/childcare
 - إعالة الأطفال www.michigan.gov/childsupport
 - معالجة طلب العميل www.michigan.gov/dhs-applicationprocess
 - مكاتب DHS في المقاطعات www.michigan.gov/dhs-countyoffices
 - نماذج وطلبات DHS www.michigan.gov/dhs-forms
 - كتيبات حول سياسة DHS وإجراءاتها www.michigan.gov/dhs-manuals
 - الخدمات الطارئة www.michigan.gov/dhs-ser
 - الإعانة الغذائية www.michigan.gov/foodstamps
 - الخدمات الطبية www.michigan.gov/dhs-medical
- موارد الإعاقة في ولاية ميشيغان: www.michigan.gov/disabilityresources

المنشورات

إذا كنت تودّ الحصول على أي من هذه المنشورات، فأطلبها من الأخصائي المسؤول عنك في DHS. المنشورات (يشار إليها بالمختصر Pub) التالية متوفرة إلكترونياً على العنوان التالي: www.michigan.gov/dhs-publications. تتوفر بعض المنشورات باللغة الإسبانية حينما يضاف إليها (Sp).

- **رعاية الأطفال**
Child Development and Care Handbook - (DHS Pub 230) (كتيب نمو ورعاية الأطفال). (متوفر إلكترونياً فقط على الموقع التالي: www.michigan.gov/childcare).
- **إعالة الأطفال**
Understanding Child Support: A Handbook for Parents (DHS Pub 748) (Sp) (تفهم إعالة الطفل – كتيب للأباء والأمهات).
- **What Every Parent Should Know About Establishing Paternity (DHS Pub 780) (Sp)** (وأم أن يعرفا عن إقامة تثبت الأبوة)
Fatherhood: Taking Responsibility for Your Child (DHS Pub 806) (الأبوة – تحمّل مسؤولية طفلك).
- **DNA Paternity Testing: Questions and Answers (DHS Pub 865) (Sp)** (اختبار الحمض النووي لتحديد هوية الأب: أسئلة وأجوبة)
- **حسم التدفئة المنزلية - (Sp) (DHS Pub 788) Notice to Potential Home Heating Credit Recipients** (إشعار إلى المتلقين المحتملين لحسم التدفئة المنزلية)
- المنشورات التالية متوفرة إلكترونياً على العنوان التالي: www.michigan.gov/mdch. منشورات مختارة من إدارة الصحة المجتمعية لولاية ميشيغان (MDCH) متوفرة لتحميلها من الروابط السريعة (Quick Links).
- **المديكير**
Healthy Kids (MDCH Pub 655) - شرح عن التغطية الطبية للنساء الحوامل والأطفال.
Medicaid Fair Hearings: Rights and Responsibilities (MDCH Pub) (جلسات العدل الخاصة بالمديكير – الحقوق والمسؤوليات)
Your Rights and Responsibilities in a Health Plan (MDCH Publication 201) (حقوقك ومسؤولياتك في خطة صحية)
Medicaid Deductible Information (MDCH Pub 617) (معلومات عن الاقتطاعات المسموحة للتأهيل للمديكير) - شرح عن كيفية استخدام تكاليفك الطبية لتنزيل دخلك إلى أو دون حدود الدخل لكي تتأهل للمديكير.
Nursing Facility Eligibility (MDCH Pub 726) (شروط الأهلية للمنشآت التمريضية) - شرح عن الأهلية للأشخاص الموجودون في منشأة تمريضية أو الداخلون إليها.
Medicare Savings Program (برنامج التوفير الخاص بالمديكير): (MDCH Pub 769) - شرح عن كيفية الحصول على مساعدة في دفع مصاريف المديكير.
Medicaid Fee for Service Handbook (MDCH Publication 669) (كتيب برنامج الرسوم لقاء الخدمة من المديكير).
الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية
State Emergency Relief Program (DHS Publication 563) (برنامج الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية).
You and Your Energy Bills (DHS Publication 631) (أنت وفواتير الطاقة الخاصة بك).
DHS Can Help With Temporary Assistance (DHS Publication 783) (DHS قادرة على مساعدة في الإعانة المؤقتة).

نموذج الإيداع

إدارة الخدمات الإنسانية لولاية ميشيغان (Michigan Department of Human Services: DHS)

يحق لك التقديم للمساعدة اليوم. إذا لم تستطع إنهاء طلب الإعانة بكامله اليوم، فيمكنك ملء نموذج الإيداع هذا بكامله وردّه إلى مكتب DHS في المنطقة التي تعيش فيها لحماية تاريخ تقديم طلبك. إذا كنت مقدماً لبرنامج الإعانة الغذائية (FAP) فقط، فيجب عليك أن تملئ اسمك وعنوانك (ما لم تكن متشرداً) وتوقيعك أو توقيع ممثلك.* قد يؤثر تاريخ استلام DHS لنموذج الإيداع على تاريخ بدء صرف مخصصاتك. وبالرغم من ذلك، يتطلب من DHS أن تستلم طلبك للإعانة المعبي بشكل كامل قبل أن يمكنها الموافقة على أي مخصصات.

*الاستثناء: إذا كنت تقدم طلباً لمخصصات دخل الضمان التكميلي (SSI) والإعانة الغذائية (FAP) قبل أن يتم إخراجك من مؤسسة داخلية، فسيكون تاريخ الإيداع لمخصصاتك هو تاريخ خروجك من تلك المنشأة.

إذا كنت تتطلب إلى مساعدة في ملء هذا الطلب، فيجب على DHS مساعدتك فيه. وإذا لم تقدم لك المساعدة في تعبئته، فيمكنك الاتصال هاتفياً بالرقم (517) 373-0707.

إذا لا تتكلم اللغة الإنجليزية أو تعاني من إعاقة، فكيف يمكننا مساعدتك؟

مترجم شفهي لغة إشارة جهاز المساعدة في السمع (ALD) أخرى

إذا لا تتكلم اللغة الإنجليزية، فما اللغة التي تتكلمها؟

١. لقد تلقيت المساعدة في السابق من ولاية ميشيغان. نعم لا رقم حالة أو رقم المتلقي

(إذا كان معروفاً)

٢. إنني مقدّم طلباً للتالي:

- برنامج الإعانة الغذائية (يمكن أن تبدأ المعالجة اليوم لمعالجة الطلب في غضون سبعة أيام وذلك إذا استكملت تعبئة الوجه الخلفي لهذا النموذج وكان أهل بيتك مؤهلين للبرنامج).
- الإعانة الطبية (فواتير الأطباء أو المستشفيات، أدوية طبية موصوفة، أقساط المديكير).
- برنامج نمو ورعاية الأطفال (المساعدة في دفعات خدمة رعاية الأطفال).
- المساعدة النقدية (FIP – برنامج استقلال العائلة، RAP – برنامج إعانة اللاجئ، SDA – إعانة الإعاقة من الولاية) (المساعدة مالياً للنساء الحوامل أو العائلات ذوي أطفال، أو اللاجئ، أو البالغين ذوي إعاقة، أو القائمين بتقديم الرعاية للبالغين ذوي الإعاقات الذين يعيشون معهم، أو المقيمين في ترتيبات معيشة لذوي الاحتياجات الخاصة).

٥. تاريخ الميلاد**

٤. ذكر أنثى

٣. الاسم الشرعي (الأول، الأوسط، الأخير، الاسم المعطى عند الولادة، إذا كان مختلفاً عن الاسم الحالي)

**غير مطلوب للإعانة الغذائية

٨. رقم الرسالة

٧. رقم الهاتف

٦. رقم الضمان الاجتماعي**

**طوعي إذا كنت مقدماً فقط إلى خدمة رعاية الأطفال أو إعانة طبية طارئة.

٩. عنوان المكان الذي تعيش فيه (الرقم، الشارع، الطريق الريفي، الشقة / رقم قطعة الأرض) متشرد

الرمز البريدي

الولاية

المقاطعة

المدينة

١٠. العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً عن العنوان أعلاه أو صندوق البريد)

الرمز البريدي

الولاية

المقاطعة

المدينة

التوقيع

تحت عقوبات شهادة الزور، أقسم أو أؤكد أنني تفحصت نموذج الإيداع هذا أو قام أحد بقراءته لي وأن الحقائق صحيحة وكاملة إلى حد مبلغ علمي. إذا كان طرف ثالث يقدم طلباً بالنيابة عن شخص آخر، أقسم أن طالب الإعانة قد تفحص نموذج الإيداع هذا أو تم قراءة نموذج الإيداع لطالب الإعانة، وأن الحقائق صحيحة وكاملة إلى حد مبلغ علمي.

التاريخ

توقيع العميل أو الممثل

يجب عليك قراءة كتيب المعلومات هذا قبل التوقيع على طلب الإعانة.



برنامج الإعانة الغذائية بصفة مستعجلة (المعالجة في غضون سبعة أيام)

١. هل كل واحد في أهل البيت يشتري المواد الغذائية ويحضّر الوجبات الغذائية أو يأكلها سوياً؟
إذا كان الجواب لا، فأدرج اسم كل من لا يقوم بذلك نعم لا
٢. كم قدر مجموع الأصول النقدية التي يملكها أهل بيتك؟
(يتضمن النقود وحسابات التوفير والحسابات الجارية وسندات التوفير، ...الخ).
دولار _____
٣. كم مجموع الدخل الإجمالي الشهري (قبل أي اقتطاعات مثل الضرائب) لأهل بيتك؟
(يتضمن مكاسب العمل، مخصصات البطالة، إعالة الأطفال، مخصصات الضمان الاجتماعي، ...الخ).
دولار _____
٤. هل يتلقى أحد من أهل بيتك مخصصات من برنامج توزيع غذائي عشائري؟
إذا كان الجواب بنعم، فمن _____
 نعم لا
٥. ما مجموع المبلغ الذي تدفعه لقسط إيجارك الشهري و/أو قسط القرض العقاري الشهري، ضرائب العقارات وتأمين مالكي البيوت، ...الخ؟
دولار _____
 نعم لا
٦. هل تدفع تكلفة التدفئة؟
 نعم لا
٧. هل تدفع تكلفة التبريد (بما في ذلك مكيف هواء الغرفة)؟
 نعم لا
٨. إذا كنت لا تدفع تكلفة التدفئة أو التبريد، فضع علامة في المربع الملائم عن المنافع العامة التي تدفع تكاليفها: تدفئة غير كهربائية الماء/المجاري هاتف وقود الطبخ خدمة النفايات / القمامة

٩. هل أحد من أهل البيت أجبر متنقل أو عامل مزارع موسمي؟
 نعم لا أكمل تعبئة الجدول أدناه.

المبلغ الإجمالي لدفعة الأجر	التاريخ	اسم الشخص (الأشخاص)	هل تلقى أحد أي دخل من نفس المزارع في غضون ٣٠ يوم قبل تاريخ الطلب.
		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
المبلغ الإجمالي لدفعة الأجر	تاريخ آخر دفع للأجر	اسم الشخص (الأشخاص)	هل خسر أحد مؤخراً مصدر دخله الوحيد؟

رقم الضمان الاجتماعي***	تاريخ الميلاد	أسماء جميع أفراد أهل البيت
□□□□-□□□□-□□□□	□□□□/□□□□/□□□□	
□□□□-□□□□-□□□□	□□□□/□□□□/□□□□	
□□□□-□□□□-□□□□	□□□□/□□□□/□□□□	
□□□□-□□□□-□□□□	□□□□/□□□□/□□□□	
□□□□-□□□□-□□□□	□□□□/□□□□/□□□□	
□□□□-□□□□-□□□□	□□□□/□□□□/□□□□	

١١. هل تحتاج إلى مزيد من الصفحات؟ نعم لا

For office use only	Date application received in local office	Case name
لاستخدام المكتب فقط		Application number
		Case number
		Specialist name
		Specialist phone
		Fax
		Specialist email

يجب عليك قراءة كتيب المعلومات هذا قبل التوقيع على طلب الإعانة.